

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

175

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Mars 1906, à 1 heure

PAR

Grégoire DESAUNAIS de GUERMARQUER

L'Appendicite Parasitaire

Président : M. BLANCHARD, professeur

Juges { MM. KIRMISSON, professeur
SEGOND, professeur
TEISSIER, agrégé

~~~~~

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. DEBOVE.    |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | MM.           |
| Anatomie.....                                                      | P. POIRIER    |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.   |
| Physique médicale.....                                             | GABRIEL.      |
| Chimie organique et Chimie minérale.....                           | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BLANCHARD     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD      |
| Pathologie médicale.....                                           | HUTINEL.      |
|                                                                    | BRISSAUD.     |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE   |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.       |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils.....                                       | SEGOND.       |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | POUCHET.      |
| Thérapeutique.....                                                 | GILBERT.      |
| Hygiène.....                                                       | CHANTEMESSE   |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | DEJERINE.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | ROGER.        |
| Clinique médicale.....                                             | HAYEM         |
|                                                                    | DIEULAFOY.    |
|                                                                    | DEBOVE        |
|                                                                    | LANDOUZY.     |
|                                                                    | GRANCHER.     |
| Maladies des enfants.....                                          | JOFFROY.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | GAUCHER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | RAYMOND       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | LE DENTU.     |
| Clinique chirurgicale.....                                         | TERRIER.      |
|                                                                    | BERGER.       |
|                                                                    | RECLUS.       |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | DE LAPERRONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON.        |
| Clinique d'accouchements.....                                      | BUDIN.        |
|                                                                    | PINARD.       |
| Clinique gynécologique.....                                        | POZZI         |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               | KIRMISSON.    |
| Clinique thérapeutique.....                                        | A. ROBIN.     |

## Agrévés en exercice.

MM.

|               |           |           |                   |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| AUVRAY        | DESGREZ   | LAUNOIS   | POTOCKI           |
| BALTHAZARD    | DUPRE     | LEGREY    | PROUST            |
| BRANCA        | DUVAL     | LEGUEU    | RENON             |
| BEZANÇON      | FAURE     | LEPAGE    | RICHAUD           |
| BRINDÉAU      | GOSSET    | MACAIGNE  | RIEFFEL (chef     |
| BROCA (ANDRÉ) | GOUGET    | MAILLARD  | des travaux anat. |
| CARNOT        | GUIART    | MARION    | TEISSIER          |
| CLAUDE        | JEANSELME | MAUCLAIRE | THIROLOIX         |
| CUNEO         | LABBE     | MERY      | VAQUEZ            |
| DEMELIN       | LANGLOIS  | MORESTIN  | WALLICH           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

Au regretté Professeur BAX et à Monsieur le Professeur PEUGNIEZ de l'Ecole de Médecine d'Amiens qui furent mes maîtres en Médecine et en Chirurgie. A Monsieur le Professeur GAUCHER. A Monsieur le Professeur agrégé LEPAGE.

A TOUS MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Professeur de Parasitologie  
Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'Honneur

# L'Appendicite Parasitaire

---

## AVANT-PROPOS

L'appendicite vient d'entrer dans le domaine de la pathologie ; en 1888 il en était à peine question. Cette affection fut-elle méconnue ? ou devons-nous voir en elle une entité morbide nouvelle ?

Bien longtemps avant son apparition en tant que maladie bien différenciée, elle fut évidemment confondue avec la typhlite ; mais ces prétendues typhlites étaient incontestablement plus rares que ne l'est aujourd'hui l'appendicite. Nos devanciers semblent donc avoir assisté, sans s'en rendre compte, à un tournant de l'histoire de l'évolution humaine.

L'appendice n'est que le reste d'un organe qui disparaît parce que nous n'en avons plus besoin, il s'atrophie de génération en génération parce qu'il n'a plus sa raison d'être, et sa disparition s'accompagne de cet ordre de troubles que Metchnikoff a si

justement appelés « les désharmonies de la nature humaine » (1). Il est vraisemblable que l'appendice était autrefois une glande analogue au pancréas et qui sécrétait un suc nécessaire à la digestion des herbes et des fruits dont se nourrissaient les premiers hommes. « On trouve chez les herbivores en général, chez le lapin et quelques marsupiaux, nous dit Metchnikoff, un organe correspondant à l'appendice et qui remplit une fonction notable dans l'acte de la digestion des matières végétales. » (2).

Nos ancêtres ont dû être primitivement herbivores et fructivores, la végétation extraordinaire du début de la période quaternaire y pourvoyait abondamment. Le refroidissement progressif du globe terrestre en restreignant cette végétation intense obligea les hommes à modifier leur alimentation ; d'herbivores ils devinrent carnivores et se firent chasseurs à l'âge de pierre.

Ce changement d'alimentation devait fatalement retentir sur leurs organes digestifs, car si les lois de l'évolution veulent que la fonction fasse l'organe, elles semblent vouloir aussi que la fonction maintienne l'organe en vouant à l'atrophie et à la disparition tout ce qui n'a plus son utilité d'être.

L'appendice n'ayant plus de raison fonctionnelle subit cette loi générale et dès lors commença cette

---

1. Metchnikoff. *Essais sur la Nature humaine*, Masson, 1904.

2. Metchnikoff. *Essais sur la Nature humaine*, Masson, 1904.

atrophie lente de la glande vermiforme, arrivée de nos jours à sa période critique. L'organe cessa de sécréter ses sucs digestifs devenus inutiles, son canal central n'étant plus balayé par le flux descendant des productions glandulaires s'atrophia à son tour, sa lumière s'étrangla de plus en plus. Alors commença la stagnation, prélude de l'obstruction et de l'infection ascendante.

La constipation, cet apanage des carnivores, vint aggraver d'autant plus sûrement tous ces troubles que la vie devenue de plus en plus sédentaire avec la civilisation naissante prédisposa encore à la stase intestinale.

L'alimentation mixte qui prévaut de nos jours ne saurait faire rétrocéder cette atrophie de l'appendice qui suit son évolution plus ou moins rapide chez les différents peuples suivant leur alimentation.

C'est ce qui explique la fréquence infiniment plus grande de cette affection en Amérique, en Allemagne et en Angleterre, où l'alimentation carnée prédomine, qu'en France où l'alimentation est mixte ; sa rareté en Chine et en Orient dont les populations sont végétariennes.

L'appendice vermiforme se présente donc de nos jours comme un organe rudimentaire chez lequel l'élément glandulaire plus respecté par l'atrophie « est tout au plus capable, dit Metchnikoff, de remplir quelque fonction subordonnée de ganglions lymphatique » Donc, tant que son atrophie ne sera pas complète, ce ganglion réagira à l'inflammation de voisinage

et à l'infection ; or quel organe de l'économie est dans des conditions plus néfastes que ce cul-de-sac, sans vie active, placé à proximité et en communication avec ce cloaque septique qu'est le cæcum où stagnent les matières et où grouillent les parasites.

Bien que la connaissance de l'appendicite en tant que maladie autonome, soit relativement récente (1), les observations qu'on en a rapportées ressortissent cependant à des causes si différentes, que les auteurs ont senti le besoin, pour en rendre plus facile l'étude, de créer des classifications parmi des faits aussi nombreux.

Nous n'avons pas l'intention de parler ici des formes cliniques si variées que peut revêtir l'appendicite. Nous voulons limiter notre effort à la recherche des causes qui peuvent la produire et nous nous appesantirons sur une de ces causes, qui fait précisément l'objet de notre travail, et que nous montrerons pouvoir être très fréquemment invoquée : l'active participation des vers intestinaux dans la production de l'appendicite.

Longtemps confondue avec la typhlite et la pérityphlite, on a créé une individualité à l'appendicite, le jour où, par suite des progrès de la chirurgie, on a pu opérer ces typhlites qui autrefois n'étaient forcément justiciables que d'un traitement médical.

Grâce aux découvertes de Pasteur qui favorisèrent l'éclosion de l'antisepsie on fut à même d'opérer

---

1. Kelly. *Presse médicale*, 1903, p. 437.

plus activement et aussi plus hâtivement. Au cours de ces opérations que l'habileté du chirurgien rendait chaque jour plus précoces et moins périlleuses, on découvrit que l'origine des typhlites résidait le plus souvent dans l'appendice.

L'influence des théories pasteurienues devait évidemment attirer l'attention sur l'origine infectieuse, c'est-à-dire microbienne de cette affection et c'est d'ailleurs ainsi qu'on l'a comprise et qu'elle fut expliquée dès le début par des maîtres et en particulier par M. le professeur Dieulafoy qui émit la théorie de la cavité close.

Cette théorie qui englobait la généralité des faits, ne rencontra dès l'abord d'opposition de la part de personne. Cependant les observations devenant de jour en jour plus nombreuses, on s'aperçut que, si du moins la théorie pouvait trouver son adaptation à un grand nombre de cas, elle ne pouvait cependant s'appliquer à leur totalité.

En effet, les autopsies d'appendices ne tardèrent pas à démontrer à l'intérieur de la cavité de cet organe la présence de corps étrangers (scybales, clous, épingles, grains de plomb, pépins de raisin, fragments d'émail).

Dans le cas présent, ces corps agissaient encore comme cause prédisposante, l'agent infectieux étant toujours la cause efficiente de la maladie.

A côté de ces corps étrangers, on put à de nombreuses reprises révéler la présence d'organismes vivants, de corps animés, d'agents parasitaires, tels

que le trichocéphale, les lombrics, les oxyures, les amibes et plus rarement des tænias.

Ce fut d'abord l'étonnement que suscitèrent ces constatations, et les discussions des sociétés médicales à cette époque reflétèrent les doutes que les auteurs concevaient sur la pathogénie de l'infection. Le parasite agissait-il par sa simple présence, en tant que corps étranger ou convoyait-il le germe pathogène ? Nous savons en effet, depuis Davaine (1), que le tube digestif des vers hospitalise fréquemment des microbes pathogènes, la bactéridie charbonneuse par exemple.

La communication sensationnelle du professeur Metchnikoff à l'Académie de Médecine, les travaux de M. le professeur Blanchard, ceux de M. le professeur agrégé Guiart sont venus illuminer la question d'un jour singulier. S'inspirant des œuvres de nos maîtres et mettant à profit nos recherches personnelles, nous nous proposerons dans cette étude de montrer la fréquence de ces appendicites d'origine parasitaire.

Nous chercherons s'il existe des signes spéciaux capables de la différencier.

Dans un autre chapitre, nous tenterons un essai de pathogénie dont les conclusions doivent nous amener à l'exposé d'un traitement rationnel.

---

1. Davaine. *Dict. Encycl. des Sc. méd.*, t. III, p. 98, 99, 1869.

## HISTORIQUE

C'est au cours d'autopsies qu'on découvrit d'abord la présence de parasites dans l'appendice vermiculaire. C'était une trouvaille. L'on a tendance à croire lorsque de nos jours on signale un fait nouveau, que ce fait s'est réellement manifesté pour la première fois. L'explication en est sans doute neuve, mais la chose en elle-même n'en existait pas moins sans doute auparavant. Au xvii<sup>e</sup> siècle, l'appendicite existait déjà, peut-être avec moins de fréquence qu'aujourd'hui ; mais l'étiologie en était inconnue et la localisation n'en avait pas été déterminée. Les méfaits de ce rudiment d'organe étaient attribués à une cause d'ordre plus général, comme par exemple au sang vicié ou aux humeurs peccantes. Si, par hasard, à une autopsie ou dans le cours du traitement de fièvres intestinales, on trouvait des vers dans l'intestin ou dans les évacuations alvines, on les considérait comme des curiosités pathologiques, sans y voir des rapports de cause à effet entre la présence de ces parasites et les maladies concomitantes. C'est ainsi qu'il faut interpréter les faits rapportés par Guy-Patin dans la lettre XLV à M. A. F. C. M. D. R.

« Monsieur,

« Votre observation touchant les huit vers trouvés  
« dans l'appendice du boyau cæcum par Mon-  
« sieur Troussière est belle, rare et curieuse. Je la  
« mettrai, Dieu aidant, dans mon manuel de médecine,  
« pourvu que j'aye le loisir de le faire. Tandis  
« que Monsieur de Label était ici, je traitai près de  
« son logis une brave et digne femme, nommée  
« Madame de Lubert, laquelle mourut le 17, d'une  
« fièvre maligne avec assoupissement et gangrène.  
« Elle était âgée de 53 ans, accablée de vieilles et  
« mauvaises humeurs que lui avait causées la  
« grande quantité de fruits qu'elle mangeait.

« Elle avait de plus un de ses fils qui ne la tour-  
« mentait guère moins que la fièvre continue. Elle  
« vuida trois grans vers en trois jours différens  
« qu'elle avait pris un purgatif; ils étaient chacun  
« de la longueur du bras, bien plus gros que des  
« plumes à écrire. C'eussent été de petits dragons,  
« s'ils avaient eu la tête plus grosse... (1).

« De Paris, ce 4 octobre 1650 ».

Il est évident que dans la première observation,  
il s'agit bien d'une appendicite à étiologie vermi-

---

1. { Guy-Patin. *Lettres choisies*. Paris, 1692, in-12, t. I,  
p. 113.

neuse, tandis que dans la deuxième on manque de données précises pour porter un diagnostic aussi affirmatif. Cependant, la malade paraît avoir succombé à une affection intestinale accompagnée de gangrène. Dans ce cas, il n'y a guère à envisager que deux hypothèses plausibles : ou bien il s'agissait d'une péritonite par perforation des tuniques intestinales par les vers, ou bien plutôt d'une typhlite ou d'une appendicite gangreneuse occasionnée par les helminthes.

Déjà donc en 1650 l'appendicite helminthiasique faisait des victimes (1).

Les comptes rendus des sociétés médicales de notre époque se signalent sans aucun doute par une plus grande précision. Il nous a paru bon cependant de rapporter ici cette observation qui vaut autant par la conscience du praticien que par la naturelle simplicité de l'écrivain.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une découverte. Il est bien certain que la patience avisée des chercheurs arriverait à révéler des faits du même ordre, se recommandant d'une ancienneté plus notoire. Mais notre œuvre, empreinte de plus de modernisme, négligeant forcément le côté historique de la question, s'attachera de préférence aux faits d'actualité.

Nous voulons dire par là que nous ne retiendrons presque exclusivement dans notre étude que des

---

1. Dr. Gillot. *In Chronique médicale*, 1903.

faits remontant à une époque relativement récente, la nôtre pour ainsi dire, époque où les moyens d'investigation perfectionnés, nous mettent plus sûrement à l'abri de l'erreur.

Cependant nous n'aurions garde de ne pas rapporter ici l'observation de Jadelot, citée par Kelly (1), qui préface en quelque sorte l'histoire de l'appendicite. Nous ne saurions mieux faire que la rééditer suivant le texte même de Kelly : « Un jeune garçon, âgé de treize ans, succomba deux jours après son entrée à l'hôpital des Enfants, des suites d'une maladie traitée comme « fièvre adynamique ». A l'autopsie, une lésion se présenta à l'extrémité de l'iléon qui « res-  
« semblait exactement à celle que M. Petit, médecin  
« de l'Hôtel-Dieu, avait nouvellement attribuée à la  
« fièvre entéro-mésentérique. Un grand nombre de  
« vers lombricoïdes furent trouvés dans les différen-  
« tes parties des intestins ; il y en avait quatre dans  
« la cavité de l'appendice. »

Nous n'hésitons pas à déclarer qu'il s'agit bien là d'un cas d'appendicite vermineuse.

Plus récemment, de nombreux procès-verbaux d'autopsies ou d'opérations constatent la présence d'helminthes dans la cavité appendiculaire.

Davaine (2) cite Becquerel qui trouva à l'autopsie d'un enfant plusieurs ascarides dans le péritoine et

---

1. Kelly. Soc. de Chirurgie, 10 juin 1903.

2. Davaine. *Dict. encyclopédique des sc. méd.*, 1869, t. III.

deux autres étranglés dans une perforation de l'extrémité de l'appendice.

Lui-même rapporte un autre cas, dans lequel il compta quarante-sept ascarides qui étaient venus de l'intestin à travers l'appendice ulcéré et perforé.

Hervieux (1) (1859) signale plusieurs cas analogues.

Le Dr Gouraud (2) rapporte dans un numéro de la *Gazette des Hôpitaux* de 1893 un cas d'appendicite causée par des ascarides.

M<sup>lle</sup> Gordon (thèse de Paris, 1896) cite un cas de Fabre qui a trouvé un ascaris dans la cavité appendiculaire d'une fillette de trois ans. Dubourg (3), en 1899, opère un jeune homme qui avait eu deux poussées d'appendicite et dans les selles duquel on avait trouvé après la première crise des anneaux de *tænia*. L'appendice contenait deux anneaux.

Lannelongue, Kirmisson, au Congrès de Pédiatrie qui se tint à Nantes en 1901, ont montré que les vers intestinaux sont relativement plus fréquents chez les appendiculaires.

Letulle (4), après 190 examens d'appendices enlevés au cours d'appendicite, a trouvé une fois un trichocéphale au milieu d'une collection péri-appendiculaire ; une autre fois la tête d'un trichocéphale

---

1. Hervieux. « Des accidents causés par les oxyures », *Bull. gén. de thérap.*, 1859.

2. Gouraud. *Gazette des Hôpitaux*, 1893.

3. Dubourg. *Journal de médecine de Bordeaux*, 22 avril 1899.

4. Letulle. Société de Biologie, 16 mars 1901.

engagée dans l'épaisseur de la muqueuse qui ne présentait pas à cet endroit, mais seulement un peu plus loin, des signes d'inflammation.

La première observation relatant la présence d'oxyures dans un appendice malade est due à Rou-tier (1).

Guinard (Société de Chirurgie, 7 novembre 1900 et 20 novembre 1901) a trouvé, au cours d'interventions opératoires, deux appendices avec trichocéphales.

Mauclaire (2) en 1902, rapporte un cas de lombric dans l'appendice.

Guégan (3) rappelle la mort d'un typhique où l'appendice fut trouvé presque mortifié, contenant un ascaris.

Bell (4) de Philadelphie, qui n'a trouvé que 7 corps étrangers vrais sur 1000 opérations, décrit un cas où ce corps étranger était un ascaris, noyé dans le pus d'un abcès formé autour de l'appendice en partie gangrené. Schiller, en Allemagne, a signalé cinq cas d'appendicite où des ascaris, des oxyures,

---

1. Voir *In Traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet*, article « Appendicite » de Guinard.

Le professeur Bégouin, en 1900, opère, pour une appendicite authentique, une jeune fille dans l'appendice de laquelle on trouve quinze oxyures vivants dont certains, réunis en paquet, formaient une sorte de bouchon.

2. Mauclaire. *Gazette des Hôpitaux*, 6 mai 1902.

3. Guégan. *Ascarides et appendicite en Tunisie. Le Caducée* p. 116, 1902.

4. *In Tribune Médicale*, 27 mai 1903.

ou des trichocéphales furent trouvés dans l'appendice. Oppe (1) de Dresde, dans 60 appendicectomies, a trouvé 6 fois des oxyures.

Brun (2), enlevant à froid un appendice, le trouve perforé et communiquant par cette perforation avec un abcès enkysté sous-jacent dans le pus duquel baigne un lombric macéré.

Martin (3) enlève un appendice chez une jeune fille de vingt-trois ans, ayant des coliques appendiculaires. Il trouve deux anneaux de *tænia* et trois oxyures. Les anneaux présentaient des mouvements actifs.

Verdelet (4), à ce même sujet, rapporte la disparition des crises appendiculaires chez un jeune homme, après expulsion d'un *tænia*.

Cantas (5), d'Athènes, trouve dans l'appendice d'une jeune fille un lombric demi engagé. Toutefois pas de réaction appendiculaire, la mort survint par tuberculose.

Voici donc, recueillis en une relativement courte période, un certain nombre de faits qui prouvent l'indéniable existence de l'appendicite vermineuse ou tout au moins la coïncidence fréquente de parasites et de lésions ou de symptômes appendiculaires.

- 
1. W. Oppe. *Journal des Praticiens*, 20 juin 1903.
  2. Brun. Société de chirurgie, 14 mars 1903.
  3. Martin. *Revue médicale de Normandie*, septembre 1903.
  4. Verdelet, in *Bulletin médical de Tunis*, novembre 1903.
  5. Cantas. « Appendicite et lombric, » *Pr. méd.*, 550, 151, 1903.

Notre tâche est maintenant de nous rendre compte des relations qui peuvent unir les uns aux autres ces différents phénomènes et comment nous devons interpréter l'action des hôtes parasites de l'appendice vermiforme.

En ce dessein, nous ne saurions mieux faire que d'exposer ici dans leur intégrité un certain nombre d'observations, recueillies sur ce sujet et qui nous ont semblé les plus typiques.

Citons d'abord des observations où l'ensemble des symptômes cliniques imposait le diagnostic d'appendicite. Des médecins distingués se sont crus autorisés à conclure en ce sens dans maintes circonstances, même en l'absence de toute intervention opératoire ou de vérifications nécropsiques.

Telle est l'observation, rapportée par le Dr Santillana, dans le *Bulletin médical de Tunis* (1).

---

1. Santillana. *Bulletin médical de Tunis*, mai 1903.

## OBSERVATION I

### *Un cas d'appendicite vermineuse.*

« Une petite fille israélite, indigène, de 11 ans, sans antécédents héréditaires, constipée depuis quatre jours, le 29 janvier dernier, a été prise brusquement de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Un purgatif administré par les parents resta sans effet. Après trois jours de douleurs persistantes auxquelles se sont ajoutés des vomissements bilieux, on me fait appeler d'urgence. Je trouve la petite mal, avec de la fièvre (38°,4), un pouls petit battant à 120, les vomissements persistent ; les douleurs extrêmement vives, surtout à la pression, sont très nettement localisées au point de Mac-Burney ; l'abdomen est tympanisé ; la paroi très hyperesthésiée se défend vivement. La malade garde le décubitus dorsal, en tenant la cuisse droite en demi-flexion. Le lendemain, malgré l'application de glace et l'administration d'une potion contenant XX gouttes de laudanum de Sydenham, je trouve que l'état s'est encore aggravé : la fièvre, la fréquence du pouls, les vomissements et les douleurs persistent. Je prescris des pilules d'extrait thébaïque et je fais continuer l'application de glace sur le ventre. Le jour même, après quelques heures d'accalmie, les vomissements et les douleurs réapparaissent ; cette malade finit par rendre un ascaris lombricoïde vivant, de la longueur de 20 centimètres. Aussitôt après se produit une amélioration ; les vomissements cessent et les douleurs deviennent moins vives.

« Le lendemain (7<sup>e</sup> journée de la maladie) je trouve le  
« ventre moins ballonné, les douleurs à la pression un peu  
« moins vives, mais le pouls toujours fréquent (110) et la  
« température de 38°, 2. J'administre des paquets de santoline  
« et de calomel et, le jour même, la petite malade expulse trois  
« gros ascaris. Aussitôt après se produit une amélioration de  
« l'état général : la température tombe à 37°, 3, le pouls est  
« moins fréquent (100) et la malade peut prendre quelques  
« cuillerées d'eau minérale et de lait, mais la douleur à la  
« pression de la fosse iliaque droite persiste. Le huitième jour,  
« malgré le régime très rigoureux le repos le plus absolu et  
« l'application de glace, la douleur devient plus vive, le pouls  
« acquiert une plus grande fréquence (110), le facies est tiré  
« et anxieux ; le ventre météorisé est très sensible sur toute  
« sa surface.

« Dans la fosse iliaque droite, à la palpation, on constate  
« une tension très nette ; il y a de l'empâtement, mais pas de  
« fluctuation. Au niveau du point de Mac-Burney, la douleur  
« est extrêmement vive à la pression.

« Je préviens l'entourage de la malade qu'une opération  
« immédiate s'impose, mais avant d'intervenir je demande  
« l'avis de mon confrère le Dr Molco qui, après avoir confirmé  
« mon diagnostic d'appendicite, me conseille d'envoyer la  
« malade à l'hôpital pour la faire opérer immédiatement, les  
« mauvaises conditions hygiéniques de la maison ne permet-  
« tant pas de l'opérer chez elle. Après quelques hésitations,  
« la famille décide de l'envoyer à l'hôpital le lendemain matin  
« à la première heure, mais pendant la nuit une amélioration  
« notable se produit dans l'état de la petite malade. Après  
« évacuation de matières fécales très fétides,

« Le lendemain matin, je constate un mieux sensible dans  
« l'état de la malade : la fièvre a disparu (36°, 8) ; le pouls  
« est moins fréquent (96) ; les douleurs dans la fosse iliaque  
« droite sont aussi moins vives à la pression, et la tension au  
« point de Mac-Burney est notablement diminuée. Toute opé-  
« ration me semble actuellement inutile et je préviens l'entou-  
« rage que la nécessité d'une intervention ne paraît pas s'im-  
« poser pour le moment. L'amélioration ayant continué dans les  
« jours suivants, j'ai renoncé à toute idée d'intervention et la  
« petite malade, quelques jours après, était complètement  
« guérie. »

S'agit-il ici d'une appendicite, ou plutôt faut-il penser à un complexe de manifestations réflexes suscitées par la lombricose et qui simulent, à s'y méprendre, cette première affection ? A notre sens, notre première impression est la meilleure.

En effet, la brusque apparition des accidents, en coup de pistolet, le faisceau de symptômes classiques (Douleur au point de Mac-Burney, fièvre, fréquence du pouls, vomissements, ballonnement du ventre, l'âge de la malade, sont suffisants pour affirmer l'appendicite. Il s'agit donc bien d'une crise appendiculaire due aux lombrics et guérie médicalement.

Du reste, nous ne saurions mieux faire que d'invoquer en faveur de nos vues le témoignage autorisé du Dr Triboulet (1) : « Bien souvent, dit-il, en pré-

---

1. Triboulet. Compte rendu de la Soc. méd. des Hôpit. (*Médecine moderne*, 8 mai 1901).

« sence d'un tel ensemble de phénomènes morbides,  
« on se demande si l'on n'a pas affaire à des pseudo-  
« appendicites. Je pense que dans de nombreux cas  
« on puisse être autorisé à faire pencher le diagnos-  
« tic du côté de l'appendicite quand les accidents  
« sont intenses avec une violente douleur au point  
« de Mac-Burney. »

De cette observation rapprochons la suivante :

## OBSERVATION II

(Gouma et Peyronie) (1).

« Une femme est admise d'urgence dans le service pour une  
« tuméfaction très prononcée, rouge et tendue de la région  
« inguinale droite. Cette femme interrogée sur son état pendant  
« les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, dit avoir  
« ressenti dans l'hypocondre droit une vive douleur à début  
« très brusque, accompagnée de vomissements. C'est à cette  
« époque que remonte l'apparition de la tumeur inguinale qui  
« a nécessité son entrée à l'hospice. Il se fait à l'occasion d'un  
« vomissement une ouverture spontanée de cette tuméfaction,  
« d'où issue d'un pus jaune foncé, strié et d'odeur stercorale  
« (environ 500 grammes). La température rectale est de 39 de-  
« grés. Le lendemain on trouve le drain qu'on avait placé dans  
« l'ouverture, bouché par un lombric plié en deux ; un lavage de  
« la cavité donne issue à un second lombric enroulé sur lui-

---

1. Gouma et Peyronie, internes à l'hôpital civil de Tunis.  
*Bulletin médical de Tunis*, novembre 1903.

« même. Quelque temps avant, la malade avait déjà expulsé par  
« l'anus quatre de ces vers, or à son trente-quatrième jour  
« d'hôpital elle en rendit quatre autres par la même voie. L'in-  
« cision fut pratiquée, on fit l'aspiration du pus et on trouva  
« un cul-de-sac profond. »

Depuis que l'appendicite est mieux connue, on s'accorde à attribuer un rôle très important à l'appendice et au cæcum dans l'étiologie et la pathogénie des phlegmons et abcès de la fosse iliaque droite (*Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*, tome VII, pages 76, 79). Il nous paraît inutile d'insister pour justifier notre diagnostic d'appendicite. L'évolution de l'affection, ses caractères divers, le siège de la collection, la nature de son contenu, tout semble l'imposer, malgré qu'aucune constatation anatomique ne nous ait permis de nous rendre compte de l'état de l'appendice.

Mais la présence de deux ascarides dans le pus évacué donne à notre observation un caractère particulier. Cette observation publiée il y a quelque vingt ans et intitulée : « Sur un cas d'abcès vermineux de la paroi abdominale » eût permis de soulever jadis la question fort discutée de « la perforation des parois intestinales par les helminthes, se rattacherait aujourd'hui à cette nouvelle question dont certains points sont encore en litige ».

### OBSERVATION III

*Appendicite à répétition. — Opération à froid. — Ver intestinal vivant. — Trichocéphale mâle dans l'appendice (1).*

M. Guinard rapporte le cas d'une malade, atteinte de crises appendiculaires à répétition accompagnées de diarrhée constante. Aucun antécédent tuberculeux dans sa famille. L'opération pratiquée à froid révèle un appendice de 12 centimètres de longueur, en érection derrière le cæcum. Après incision de l'appendice, on trouva son extrémité terminale dilatée en forme de massue. Cette dilatation contient un magma de liquide louche sur lequel s'agite un petit filament grisâtre. Ce filament examiné par M. le professeur Raphaël Blanchard est un trichocéphale mâle d'une longueur de 2 centimètres. M. Guinard se demande quelle relation il y a entre les crises appendiculaires de la malade et la présence de ce ver dans son appendice.

De même existe-t-il un rapport entre la diarrhée anormale accusée par la malade et le trichocéphale ?

### OBSERVATION IV (Moty) (2).

#### *L'Appendicite parasitaire.*

« L... soldat au 16<sup>e</sup> chasseurs à Lille, entre le 29 novembre 1900 à l'hôpital militaire pour appendicite. Cette appendicite

---

1. Soc. de chirurgie. Séance du 7 novembre 1900.

2. Moty. *Echo médical du Nord*, 11 mai 1902.

« datait de deux ans ; poussée récente, en voie de résolution :  
« repos au lit. Le 4 décembre après cocaïnisation, incision iliaque  
« droite. Appendice replié en dehors et en arrière, adhérent ; liga-  
« ture double à l'embouchure caecale ; section au thermocautère ;  
« dégagement de l'appendice et de son méso ; ligature et résec-  
« tion du méso ; réunion.

« L'appendice, gros et court, contient cinq oxyures vivants ;  
« la muqueuse très épaissie présente de nombreuses ulcérations,  
« dont deux centrales avec menaces de sphacèle.

« Démangeaisons anales remontant à plus de deux ans.

M. le Dr Moty rapporte plusieurs observations de ce genre et toutes ayant rapport aux oxyures.

Nous rapporterons plus loin une de ses observations.

L'appendice parasitaire semble former des foyers régionaux, limités. Le trichocéphale domine à Paris, l'oxyure dans le Nord. Il est possible que d'autres parasites jouent le même rôle dans d'autres contrées. Les villes paraissent peu touchées.

## OBSERVATION V

De M. Martin (1) (Rouen). Société de Chirurgie.

Séance du 25 juillet 1903.

M. le Secrétaire général donne lecture au nom du Dr Martin (de Rouen), de l'observation d'une jeune fille de 23 ans, ayant

---

1. Martin, *In Semaine médicale*, page 258, 1903.

souffert à deux reprises de coliques appendiculaires et qui fut opérée à l'occasion d'une troisième crise.

Après ouverture du ventre, l'appendice, libre de toute adhérence fut trouvé épaissi et l'on sentit en son intérieur deux petits calculs. Au moment où on le réséquait, il s'en échappa deux anneaux de *tania saginata* présentant des mouvements actifs qui en attestaient la vitalité ; l'appendice contenait en outre trois oxyures, ainsi que les deux coprolithes perçus à la palpation. L'intervention fut complétée par l'ablation des annexes gauches, l'ovaire de ce côté étant scléro-kystique et la guérison eut lieu sans incident. Quelques jours plus tard le ver fut expulsé sous l'influence d'un tanifuge. Ce serait la première fois, dit le rapporteur, qu'on signalerait la présence dans l'appendice de vers intestinaux autres que des nématodes.

## OBSERVATION VI

Par Hoppe-Seyler (1).

*L'Appendicite au cours de l'entérite chronique due aux Amibes*

L'auteur rapporte une longue et intéressante observation d'appendicite observée chez un officier de marine atteint de dysenterie chronique tropicale. Le malade avait souffert en 1900, en Asie, de dysenterie avec douleurs particulièrement vives dans la région iléo-cæcale, troubles de la défécation et expulsion de fausses membranes dans les selles. En décembre 1903, il vient

---

1. Hoppe-Seyler. *Munch. med. Woch.*, 1904 (12 avril, n° 15, p. 646).

consulter l'auteur qui lui trouve localement une résistance douloureuse très nette en forme de corde dans la région du cæcum. Il y avait de même un peu de rénitence à gauche.

Un purgatif salin amène l'expulsion de selles glaireuses où l'on trouve des amibes en abondance correspondant aux types décrits dans les pays chauds. Le malade, très gêné professionnellement par ses troubles intestinaux, ne demandait qu'à subir l'appendicectomie ; ses douleurs augmentant avec apparition d'une fièvre légère, l'opération fut pratiquée en décembre 1903.

On trouva un appendice gros, rétréci dans son milieu et adhérent en partie au cæcum. Pas de suppuration péri-appendiculaire. Suites d'opération normales.

Dans les selles du malade, très amélioré, et dont les fonctions intestinales étaient devenues plus régulières, on ne trouva plus d'amibes un mois après l'intervention. L'appendice examiné par Hoppe-Seyler lui-même, au cours de l'opération faite par son collègue Neuben, laissa échapper à la coupe quelques gouttes de liquide sanguinolent où l'on trouva des globules de pus et des amibes reconnaissables à leur forme, telle que Gramm l'a décrite et à leurs mouvements caractéristiques. De plus il y avait quelques écsinophiles et des bactéries en abondance ressemblant au colibacille. L'appendice fut ensuite examiné histologiquement à différents niveaux.

Près de la base de l'organe la muqueuse était infiltrée de leucocytes, de globules rouges, de bacilles et de corps ronds avec un noyau se colorant en violet par la thionine comme les protozoaires et non en bleu comme les autres cellules. Il s'agissait donc d'amibes. Dans la sous-muqueuse et dans les follicules clos, infiltration de cellules rondes et de corpuscules ayant les caractères morphologiques et les réactions colorantes

des amibes, mais plus petites que celles trouvées dans la cavité de l'appendice (mais Koch avait signalé le rapetissement des amibes fixées dans les tissus). Les lésions histologiques augmentent à mesure que l'on se rapproche du point rétréci de l'appendice où elles sont à leur maximum, destruction et suppuration des follicules, abcès sous-muqueux, ulcérations de la muqueuse. Au niveau des cellules rondes banales, très abondantes, les amibes étaient moins nettement visibles et d'ailleurs moins nombreuses, probablement parce qu'elles avaient été évacuées en partie avec le pus des abcès sous-muqueux. En somme, lésions surtout marquées au niveau de la sous-muqueuse et des follicules, lésions identiques à celles de la dysenterie amibienne.

L'auteur n'a pas pu observer quelle voie avaient suivie les parasites pour gagner la sous-muqueuse appendiculaire. On peut supposer par analogie, avec ce qui se passe dans la dysenterie expérimentale des chats (Travaux de Councilmann et Lafleur), que c'est par les glandes de la muqueuse que se propage l'infection.

Dans le cas actuel l'épithélium glandulaire paraissait intact, mais les lésions glandulaires avaient eu le temps de se réparer, vu la chronicité de la maladie. En dehors de la présence d'amibes dans les selles et dans la cavité appendiculaire, les circonstances étiologiques rendent l'origine amibienne de l'appendicite incontestable. D'ailleurs il existe quelques autres observations récentes surtout allemandes, de prédominance, des lésions mésentériques dans la

portion iléo-cæcale de l'intestin, ou d'appendicite compliquant une dysenterie. Mais c'est le premier cas étudié histologiquement. Hoppe-Seyler fait remarquer encore qu'il est évident que les médicaments internes : le calomel, l'ipéca, restent sans action sur des amibes cantonnées dans l'appendice. Aussi celles-ci peuvent-elles réinfecter l'intestin thérapeutiquement débarrassé de ses parasites. Et même, n'est-ce pas là la cause de ces rechutes si fréquentes avec réapparition des amibes dans les selles, alors qu'elles n'avaient pu y être constatées un certain temps et que l'on croyait à la guérison, Peut être aussi certains abcès du foie, notamment ceux dont l'étiologie échappe, en l'absence de signes nets d'entérite dysentérique sont-ils dus au passage dans le sang d'amibes restées cantonnées dans l'appendice?

## OBSERVATION VII

Citons simplement à titre documentaire l'observation (VII) d'une jeune femelle de chimpanzé, entrée à l'Institut Pasteur pour y subir l'inoculation de la syphilis. Elle mourut au bout de cinq jours, après avoir présenté de la tristesse, de l'inappétence et une constipation opiniâtre (1). L'autopsie révéla la présence dans le cæcum et dans l'intestin grêle de nombreux ascaris coïncidant avec des ulcérations de la muqueuse de ces

---

1. Weinberg. *Presse médicale*, n° 78. Année 1904, p. 624.

organes et aussi avec des lésions de l'appendice congestionné, volumineux, dont les follicules hypertrophiés étaient circonscrits par des foyers hémorragiques.

A rapprocher aussi de ce document deux autres semblables mais mieux étudiés au point de vue spécial qui nous occupe,

### OBSERVATION VIII

*Appendicite avec rupture de l'appendice, ayant donné passage à un lombric, par M. P. Schwankhaus (1).*

L'observation rapportée par l'auteur a trait à un garçon de 13 ans qui fut pris brusquement de nausées, de météorisme et de vomissements bilieux très fréquents, et chez lequel M. Schwankhaus (2), appelé quelques heures après l'apparition de ces symptômes, diagnostiqua une appendicite avec péritonite généralisée et occlusion intestinale. Le jeune malade succomba au bout de vingt-quatre heures.

A l'autopsie, la cavité abdominale fut trouvée pleine de pus, l'extrémité libre de l'appendice présentait une perforation vis-à-vis de laquelle entre la masse intestinale et le péritoine on voyait un gros lombric femelle. L'examen le plus minutieux de l'intestin ne permit de découvrir aucun orifice qui eût pu livrer passage à l'entozoaire. L'appendice renfermait un eutéro-

---

1. Schwankhaus. *Semaine médicale*, 6 mars 1901, n° 10.

2. Schwankhaus. *Americ. practitioner and news.*, 1<sup>er</sup> janvier 1901.

lithe ayant le volume d'un haricot et qui se laissa énucléer assez facilement : La présence de cette concrétion jointe à l'existence pendant la vie de symptômes incontestables d'appendicite ne plaide guère en faveur d'une perforation directe des tuniques de l'appendice par l'ascaris, en l'absence de toute inflammation antérieure. Quoi qu'il en soit, le fait relaté par M. Schwankhaus est assez singulier pour mériter d'être relaté.

L'observation suivante, par l'ampleur des détails et par la notoriété de l'auteur, mérite d'être relatée ici dans son intégrité :

#### OBSERVATION IX (abrégée).

(Observation rédigée avec les notes de M. Guerlain, externe du service).

##### *Un cas d'appendicite causé par des ascarides (1).*

« L... Léon, 30 ans, teinturier en soie, entre le 30 octo-  
« bre 1892 à l'hôpital Cochin, dans le service du Dr Gou-  
« raud, salle Lasègue, n° 7.

« *Antécédents personnels.* — Est habituellement d'une bonne  
« santé ; il a bien des rhumes de temps en temps, mais peu  
« fréquents et sans périodicité l'hiver. Dans son enfance a eu  
« des lombrics. A fait son service militaire en Algérie ; la qua-  
« trième année en 1889, aux environs d'Alger, il a eu pendant  
« dix mois des fièvres et fut renvoyé à Paris en congé de

---

1. Gouraud. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 754.

« convalescence. En octobre 1891, il va faire vingt-huit jours  
« à Chartres. Malgré la défense, il boit pendant les huit à dix  
« derniers jours de son séjour, de l'eau de rivière ».

« *Débuts de la maladie actuelle.* — Le 27 octobre, en descen-  
« dant du train à la gare Montparnasse, il est pris d'une violente  
« douleur abdominale, entre l'ombilic et le pubis, avec sensation  
« de froid et plusieurs frissons successifs. Il a grand'peine à mar-  
« cher pour rentrer chez lui. Il se couche, mais la sensation de  
« barre dans le bas ventre persiste. Elle est douloureuse encore  
« à la chaleur du lit et s'accroît par le décubitus dorsal. Le  
« 28 octobre au matin, il prend 40 grammes d'huile de ricin  
« qui amènent deux évacuations de matières verdâtres. La douleur  
« abdominale persiste, de même le 29 où il n'y eut pas de selles.  
« Le 30 octobre, le malade entre à l'hôpital. Nous le trouvons le  
« soir dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies, se plaignant  
« d'une douleur abdominale intense ; langue saburrale ; face  
« pâle tirée, yeux un peu excavés, pouls fréquent, tempéra-  
« ture : 38°9. Le ventre est un peu ballonné. Il est douloureux  
« au moindre palper, surtout dans les deux fosses iliaques. Pen-  
« dant la nuit les douleurs deviennent plus violentes. Le 31 octo-  
« bre, la température matinale n'est que de 37°5, mais le malade  
« a toujours le facies grippé, et le ventre reste toujours doulou-  
« reux et ballonné. On lui administre un lavement purgatif qui  
« ne produit aucun résultat. Du 1<sup>er</sup> au 7 novembre, l'état reste  
« stationnaire, le ventre est toujours ballonné et douloureux, mais  
« il y a encore quelques selles très petites. La température oscille  
« autour de 37 degrés. Du 7 au 11 novembre, il n'y a plus  
« aucune selle, les lavements huileux, le sel de Glauber restent  
« impuissants. Le ballonnement du ventre augmente, la douleur  
« est plus intense. Le 11 novembre au soir, le malade vomit un

« lombric de 20 à 22 centimètres de long. Le 12 novembre, la  
« température monte à 38°2 ; on ordonne au malade 20 cen-  
« tigrammes de santonine, suivis une heure après d'un lavement  
« huileux.

« Le malade eut de violentes douleurs abdominales, mais pas  
« de selles.

« Le 13 novembre on lui administre 15 grammes d'eau-  
« de-vie allemande et 15 grammes de sirop de nerprun. Pas de  
« selles. La nuit, vomissements verdâtres, porracés. Le 14 no-  
« vembre le malade est dans la prostration et pousse des gémis-  
« sements presque continuels. La face a le type péritonéal, les  
« yeux sont excavés et présentent un cercle bleuâtre, la peau est  
« terreuse, température 38°. Le ventre est extrêmement ballonné,  
« le moindre attouchement est douloureux, la douleur spontanée  
« arrache des plaintes au malade. M. Lejars, chirurgien du  
« Bureau central, appelé en consultation se prépare à pratiquer la  
« laparotomie. Mais auparavant il fait pratiquer le toucher rectal  
« par M. Genouville, interne de M. Quénu. Le doigt tombe sur  
« une tumeur arrondie, faisant saillie dans l'intérieur du rectum  
« et à la suite de ce toucher, le malade évacue environ un verre  
« de pus jaune-verdâtre strié de sang, ce que voyant, M. Lejars  
« fit reporter le malade dans son lit. Le soir le malade vomit un  
« nouveau lombric ; pendant la nuit, plusieurs selles purulentes.  
« Le 15 novembre, la température a baissé, elle est à 37 degrés ;  
« le malade a repris connaissance, mais son ventre reste ballonné,  
« tendu, douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite où l'on  
« constate de l'empatement. Lavements boriqués chauds. Le  
« 16 novembre, même état ; pendant la nuit, vomissements ver-  
« dâtres, plus une selle contenant un nouveau lombric ; c'est le  
« troisième rendu par le malade et le premier sorti par l'anus.

« Le 18 novembre, vomissements bilieux et une selle avec un  
« quatrième lombric. Il n'y a plus de pus dans les selles. Le  
« 19 novembre, cinquième lombric dans les garde-robes ; le  
« ventre est toujours ballonné, le lait continue à être vomi, le  
« facies toujours grippé ; température 37 degrés.

« 22 novembre. — Ventre moins ballonné surtout au niveau  
« de la fosse iliaque droite où l'empâtement a presque disparu et  
« où la douleur est à peine marquée. Le 24 novembre, on sent  
« très nettement localisée dans la fosse iliaque gauche une tumé-  
« faction arrondie qui occupe l'hypocondre gauche. A ce niveau  
« matité complète. M. Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin,  
« appelé en consultation, ordonne la laparotomie latérale. Cette  
« opération est faite par Martin Durr : Après anesthésie par le  
« chloroforme une ponction est faite avec le Potain sur le point  
« le plus mat. On retire 1/2 litre de pus louable. On se sert  
« alors de la canule comme guide et on pratique une incision  
« de 8 à 10 centimètres, couche par couche parallèles à l'arcade  
« crurale et situées à deux travers de doigt au-dessus de cette  
« arcade. Au moment de l'incision du péritoine, il s'échappe un  
« flot de pus que l'on peut évaluer à 2 litres. On vide le plus  
« possible la collection, mais à un certain moment une anse  
« intestinale se montre à la partie supérieure de l'incision.

« Le doigt, promené dans la cavité, la trouve énorme, remon-  
« tant en haut vers la région lombaire, descendant en bas jusque  
« dans le petit bassin.

« On introduit une mèche iodoformée de 5 à 6 mètres de long  
« dans la cavité. Pansement externe à la gaze iodoformée, épaisse  
« couche d'ouate et compression de l'abdomen. Immobilité la  
« plus complète possible du malade qui n'éprouve aucun malaise  
« de son anesthésie et n'a aucun vomissement.

« Les suites opératoires furent très bonnes, la température se  
« maintint au-dessous de 37 degrés.

« Le premier pansement fut fait le 2 décembre, huit jours  
« après l'opération : lavage de la cavité avec 3 litres d'eau  
« boriquée chaude ; la cavité est nettement circonscrite, on  
« n'aperçoit aucune anse intestinale (mèche iodoformée moins  
« longue).

« 5 décembre. — Second pansement : la cavité diminue de  
« capacité.

« 10 décembre. — Le malade se lève sans permission pour  
« aller à la garde-robe.

« 11 décembre. — Il se plaint de coliques et la température  
« s'élève à 38°,2.

« 12 décembre. — Troisième pansement ; température :  
« 37°,2 ; la cavité diminue.

« Depuis lors, pansement tous les huit jours. La cicatrisation  
« est complète le 23 janvier 1893. Le malade sort guéri le  
« 8 mars 1893. »

## OBSERVATION X

(M<sup>me</sup> Arboré-Rally. — In *Archives de Médecine  
des enfants*, 1900.)

Il s'agit d'un garçon de 10 ans, qui, constipé depuis quelques jours, avait été pris brusquement de douleurs, dans l'abdomen. Un purgatif administré peu après resta sans effet, ainsi qu'un lavement au séné.

Le lendemain, les douleurs persistent, en même temps

qu'apparaissent des vomissements. Le jour suivant, l'auteur trouve le jeune malade avec de la fièvre, un pouls petit et battant à 120 un facies grippé. Les vomissements sont incessants ; les douleurs extrêmement vives, revenant par accès tous les quarts d'heure, sont très nettement localisées au point de Mac-Burney, l'abdomen est tympanisé ; la paroi très hyperesthésique se défend vivement et rend la palpation impossible.

Le lendemain, l'état s'est encore aggravé malgré l'administration de pilules d'opium et l'application de glace sur l'abdomen ; depuis trois jours, l'enfant qui n'a pu absorber aucun aliment, présente des vomissements incessants et n'a eu ni selle, ni émission de gaz. Deux chirurgiens, appelés en consultation, confirment le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée, posé par M<sup>me</sup> Arboré-Rally, et refusent d'intervenir étant donnée la gravité de la situation. Le jour même, à minuit, après quelques heures d'accalmie, vomissements et douleurs réapparaissent ; le jeune patient, très agité, a des lipothymies et finit par rendre, au bout de quatre heures, au milieu de vomissements porracés et striés de sang, un ascaride lombricoïde vivant de 16 centimètres de longueur. Aussitôt se produit une amélioration notable. Le lendemain matin, le ventre est beaucoup moins ballonné, le pouls redescendu à 90 ; il persiste seulement un peu de sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite. Un simple lavement salé, en produisant une vraie débâcle intestinale, fait disparaître les derniers troubles.

Trois jours plus tard, l'administration de 0 gr. 40 de calomel associés à 0 gr. 15 de santoline, amène le rejet, au milieu de selles vertes, d'un deuxième lombric de 25 centimètres de

long. Depuis lors, la santé de l'enfant s'est maintenue parfaite (1).

L'observation suivante emprunte un intérêt particulier aux réflexions dont l'a fait suivre l'auteur :

### OBSERVATION XI

M. Girard (2) communique l'observation d'une fillette de 8 ans, qui fut atteinte, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, d'une péritonite généralisée. Une laparotomie ayant été pratiquée, on débarrassa la cavité péritonéale du liquide séro-purulent qu'elle contenait et on referma le ventre après avoir réséqué l'appendice iléo-cæcal.

On constata alors que cet appendice en apparence sain, était en réalité obstrué par une masse constituée par deux trichocéphales, un mâle et une femelle.

En l'absence de toute inflammation appendiculaire, on peut admettre que ces parasites sont restés étrangers au développement de la péritonite ; celle-ci était probablement d'origine blennorragique, la petite fille en question étant atteinte d'une vulvite assez intense.

Nous ne pouvons en ce qui concerne cette précédente observation que nous rallier au sentiment de

---

1. Arboré-Rally, observ. reproduite in *Sem. méd.*, 1900, p. 443.

2. Girard. Société de biologie, séances des 2 et 9 mars 1901. In *Sem. méd.*, 13 mars 1901.

l'auteur. On a tendance en effet à prendre pour une cause d'appendicite ce qui n'était qu'une simple coïncidence, et les médecins, même les plus soucieux de la clinique, sont exposés à de hasardeux diagnostics, entraînés qu'ils sont à mobiliser tout ce qui semble militer en faveur de leur thèse. C'est un reproche qu'on a pu faire à certains d'entre nous d'admettre peut-être trop facilement et sans un suffisant contrôle l'origine parasitaire de l'appendicite ; c'est une arme qu'on a cru devoir employer avec assez de succès pour mettre à mal la théorie parasitaire.

Nous avons suffisamment démontré par des observations concluantes qu'il existait des cas déjà nombreux où la constatation de la présence de l'helminthe s'offrait en témoignage du délit parasitaire. Voici encore à notre avantage d'autres arguments, sous la forme des observations qui vont suivre.

## OBSERVATION XII

### *Appendicite provoquée par un lombric (1).*

« M. Brun présente l'appendice d'un jeune garçon de 12 ans,  
« opéré la veille à froid, alors que les accidents aigus avaient  
« débuté le 24 janvier.

« L'opération pratiquée le 13 nous montra un appendice très

---

1. Société de Chirurgie. Séance du 14 mars 1900.

« adhérent, déformé et séparé en deux tronçons. Après l'ablation  
« de l'appendice, l'opérateur mit à découvert dans un foyer des  
« dimensions d'une noix, tapissé d'une fausse membrane ver-  
« dâtre, un cadavre de lombric.

« Il me paraît évident, dit l'auteur, qu'au cours de la crise  
« aiguë de janvier, l'appendice perforé a dû laisser passer ce  
« parasite. Ce qui paraît important à relever, c'est que la pré-  
« sence de ce lombric n'a pas empêché le moins du monde la  
« résolution d'un abcès péri-appendiculaire important.

### OBSERVATION XIII (Moty) (1)

« Un nommé G..., soldat au 19<sup>e</sup> chasseurs, entre, le 2 mars  
« 1900, à l'hôpital militaire de Lille. Depuis environ cinq ans, il  
« souffre de douleur dans le flanc droit avec troubles digestifs  
« intermittents, ce qui ne l'a pas empêché de faire son service  
« depuis son incorporation. Les exercices violents aggravent son  
« mal. Il présente d'ailleurs tous les signes de l'appendicite  
« chronique.

« Le 6 mars, il est procédé à l'opération. On découvre l'ap-  
« pendice qu'on résèque. Cet organe, long de 8 à 9 centimètres,  
« était replié sur lui-même, en son milieu, mais ne présentait  
« ni gonflement, ni congestion. Son méso adhérait sur toute son  
« étendue. Ligature et ablation du méso ; ablation de l'appendice  
« qui contient des oxyures vivants. Le malade s'était antérieure-  
« ment plaint de fréquentes démangeaisons au niveau de l'anus.

---

1. Moty. *Echo Médical du Nord*, 1902.

OBSERVATION XIV (Galli-Valerio (1)).

« Marcel P..., âgé de 5 ans 1/2, a toujours joui d'une bonne  
« santé. Un mardi après-midi, après avoir accompagné son père  
« dans une tournée, il est pris de vomissements avec douleur et  
« ballonnement du ventre. Le jeudi suivant, on appelle le méde-  
« cin, qui porte le diagnostic de péritonite suppurée, par perfo-  
« ration de l'appendice. Un chirurgien, appelé le soir même,  
« pratique deux incisions, dans le but exclusif de drainer la  
« cavité péritonéale, mais sans enlever l'appendice. Le patient  
« succombe le dimanche matin à 10 heures.

« A l'autopsie, on trouve du pus dans toute la cavité périto-  
« néale ; intestins très ballonnés, adhérents les uns aux autres,  
« couverts de fausses membranes puriformes. Appendice pen-  
« dant dans la fosse iliaque droite, sans adhérences, mais hyper-  
« hémique et présentant à environ 1 centimètre de son extrémité  
« distale une grande perforation à bords gangrenés.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Rochaz j'ai pu examiner un peu de pus de la cavité abdominale et l'appendice.

« Le pus contenait de nombreux coli-bacilles. L'appendice  
« était rempli de matières fécales, jaunâtres, molles. Dans ces  
« matières, à l'œil nu, on ne remarquait rien d'anormal ; mais  
« en ayant porté une petite parcelle sous le microscope, j'y ai  
« trouvé immédiatement des mâles d'*oxyurus vermicularis*. J'ai  
« alors pratiqué un grand nombre d'examen de ces matières, et  
« dans chaque préparation, j'ai trouvé un ou plusieurs mâles

---

1. Galli-Valerio (de Lausanne). *Centralblatt für Bakteriolog.*, XXXIV, p. 350 à 355, 1903.

« d'oxyures, de la sorte que je me suis formé la conviction que  
« l'appendice tout entier en était rempli. Les femelles, au con-  
« traire, étaient extrêmement rares. Mais à côté des oxyures, on  
« trouvait dans quelques préparations des œufs caractéristiques  
« de trichocephalus trichiurus, sans qu'il fût possible de trouver  
« des adultes.

« Je me suis servi de cet appendice pour pratiquer des coupes  
« dans la paraffine et voici quelles altérations j'ai pu constater:  
« les vaisseaux se présentaient partout, fortement gorgés de  
« sang, mais en général avec très peu d'infiltration inflammatoire  
« autour de leurs parois. Par-ci, par-là, on remarquait, sous  
« l'épithélium, dans l'épaisseur de la muqueuse, des espaces sem-  
« blables à des perforations, entourés d'une zone infiltrée, et qui,  
« dans les coupes colorées au bleu, montraient aussi des infiltra-  
« tions bactériennes. Elles avaient l'air d'avoir été produites par  
« la pénétration de nématodes, car elles étaient très analogues à  
« celles qu'on trouve dans l'œsophage, l'estomac, l'intestin,  
« chez différentes espèces animales et qui contiennent des vers.  
« La chose fut confirmée par l'examen d'une coupe où je trouvai  
« enfilée dans l'épaisseur de la muqueuse l'extrémité postérieure  
« d'un mâle d'oxyure.

« ... Je crois donc qu'on ne devrait pas trop oublier, en  
« médecine, le rôle que les nématodes peuvent jouer dans le  
« développement d'une affection aussi grave que l'appendicite ;  
« et à ce propos j'ajouterai qu'une sœur de l'enfant, qui forme  
« l'objet de mon travail, présentant aussi de graves symptômes  
« appendiculaires, et traitée par un anthelminthique, a évacué un  
« grand nombre d'ascarides et s'est trouvée immédiatement très  
« soulagée : tous les symptômes d'empâtement de la fosse iliaque  
« ont disparu comme par enchantement. Cette fillette a quitté  
« l'hôpital, guérie.

OBSERVATION XV (Ragainé) (1).

« Caroline G..., couturière, 17 ans, entre le 16 mars 1903,  
« dans le service du Dr Lévêque, à l'hôpital de Saint-Germain-  
« en Laye, pour une appendicite.

« La malade a eu un an auparavant, le 3 mars 1902, une  
« crise d'appendicite chez elle. Le traitement médical la guérit  
« en trois mois.

« Le 3 janvier 1903, une seconde crise survient ; le traitement  
« médical est encore appliqué par son médecin, mais la guérison  
« tarde à venir. Une douleur persiste au point de Mac-Burney ;  
« la température a des oscillations. On décide les parents de la  
« malade à une intervention, et elle entre à l'hôpital le 16 mars.

« En observation pendant quelques jours ; alimentation pru-  
« dente et liquide ; glace sur le ventre, la température a encore  
« des variations ; pendant quelques jours 38° le soir ; pouls à  
« 80 ; point de Mac-Burney douloureux. La fièvre étant tombée  
« à la normale depuis quelques jours, le Dr Lévêque, avec moi  
« comme aide, l'opère le 28 mars.

« Incision de Roux. Péritoine épaissi. Le cæcum et l'appen-  
« dice sont comme enclavés dans le fond de la fosse iliaque,  
« maintenus par des adhérences assez résistantes.

« L'appendice, libéré et sectionné est gros, long, enflammé.  
« Ouvert, après l'opération terminée, on trouve dans sa cavité,  
« au milieu de matières fécales jaunâtres, neuf oxyures vivants ;  
« la muqueuse épaissie et comme infiltrée présente à sa surface

« comme de petites ulcérations superficielles en assez grande  
« quantité.

« Les vers sont portés par le Dr Lévêque à M. Metchnikoff  
« qui différencie quatre mâles et cinq femelles d'oxyures.

### OBSERVATION XVII (Personnelle).

Léon M..., 27 ans, valet de chambre, demeurant à Paris  
19, rue Monge, a le 23 novembre 1904, une première poussée  
d'appendicite.

Après quelques jours d'un traitement rationnel tout rentre  
dans l'ordre et le malade reprend ses occupations. En janvier  
1905 nouvelle poussée aiguë plus violente que la première qui  
se termine cependant par résolution. Je conseille alors au malade  
d'entrer à l'hôpital pour s'y faire opérer à froid. Très pusillanime ;  
il refuse, se disant guéri et définitivement débarrassé. En mai  
1905 troisième poussée relativement bénigne ; mais le malade  
s'effraye et demande l'intervention. Il se présente le 11 mai à  
l'hôpital de la Pitié, où il est admis dans le service de M. le  
professeur Terrier et opéré le 13 par M. Gosset. L'appendice que  
M. Gosset m'autorisa à emporter et à examiner ne présentait  
pas d'adhérences, il était filiforme et très long (12 centimètres)  
et contenait deux oxyures femelles vivants.

## SYMPTOMATOLOGIE DE L'APPENDICITE PARASITAIRE

Existe-t-il des symptômes particuliers à l'appendicite parasitaire ? Certains auteurs inclinent à le penser. M. Guégan (1) s'exprime en ces termes à ce sujet : « Chez les deux malades dont je parle, il existait bien évidemment les signes classiques de la « maladie : mais, tandis que mon confrère reconnaissait au patient le facies grippé caractéristique, « je trouvais au contraire qu'il leur manquait à tous « deux, malgré l'expression de souffrance et d'angoisse du visage, ce je ne sais quoi d'inexprimable « qui constitue le véritable facies péritonéal. » L'auteur semble donc implicitement indiquer que le facies péritonéal commun dans l'appendicite ferait défaut dans l'appendicite d'origine parasitaire.

M. Masson (2), dans sa thèse, après avoir dit que l'appendicite helminthiasique, envisagée au point de vue de ses symptômes cliniques, revêt le plus souvent les caractères de l'appendicite ordinaire, ajoute qu'elle peut quelquefois s'en distinguer par la répétition des crises atténuées dans leur violence et par la

---

1. Guégan. *Ascarides et appendicite en Tunisie. Le Caducée*, p. 116, 1902.

2. Masson. *Crises gastriques et pseudo-appendiculaires causées par l'ascaris chez les adultes*, Th. Paris, 1904-1905.

disparition rapide de leurs symptômes. Il serait téméraire, croyons-nous, de fonder un diagnostic sur des signes aussi peu certains. Nous reconnaissons à l'appendicite parasitaire tous les symptômes de l'appendicite vulgaire et leur violence peut se manifester à tous les degrés.

D'ailleurs, ne serait-il pas extraordinaire qu'aucun des cliniciens distingués, de qui nous avons précédemment consigné les observations, non seulement n'aient pas porté le diagnostic, mais n'aient même pas songé à la possibilité de l'origine parasitaire.

Cependant, il nous semble que mieux informés aujourd'hui, grâce aux observations des auteurs, de la possibilité d'une telle origine, nous devons systématiquement rechercher à dépister cette cause. Puisqu'aucun des symptômes cliniques de l'affection envisagée en elle-même ne peut nous y conduire, force nous est de nous adresser à d'autres moyens.

Les symptômes par lesquels se révèle la présence de parasites intestinaux sont nombreux : on connaît les crises gastriques avec sensation d'étouffement, les migraines, les phénomènes oculaires, (diplopie), les prurits nasal, vulvaire, rectal.

Ce n'est point encore sur ces phénomènes subjectifs que nous devons compter ; d'ailleurs, le plus souvent on ne les rattache à leur cause que d'une façon rétrospective et lorsque l'administration d'un anthelminthique a prouvé par l'adage « *sublata causa, tollitur effectus* » et la disparition des phénomènes, et la nature de leur origine.

Ces symptômes, en l'occurrence, sont d'ailleurs fréquemment masqués au moment de la crise appendiculaire. Ce n'est donc que par l'interrogatoire qu'on pourrait apprendre du malade qu'il a ressenti de tels malaises. Un seul signe peut nous inciter à songer à la nature parasitaire de l'affection, c'est la constatation dans les selles des parasites ou de leurs œufs. — Nous n'avons pas à envisager ici tous les parasites qui pourraient causer l'appendicite, mais notre œuvre s'en tenant à la clinique examinera seulement la façon de reconnaître les hôtes les plus habituels de l'intestin et en particulier ceux dont nos observations relatent la présence dans l'appendicite.

## PATHOGÉNIE

Nous venons de voir que l'appendicite parasitaire existe, et que sans avoir des symptômes qui lui appartiennent en propre elle n'en est pas moins fréquente.

Quelle est donc la pathogénie de cette appendicite ? Dès maintenant, la symptomatologie qui est la même que celle des autres appendicites peut nous faire soupçonner que leur pathogénie sera la même ou s'en rapprochera du moins beaucoup.

Un grand principe domine à l'heure actuelle l'origine de toutes les maladies : c'est celui de l'infection. Nous pourrions donc si nous le voulions rééditer un chapitre de la pathologie générale, celui de l'infection applicable à tous les cas, mais nous préférons nous attarder au contraire au côté particulier de la question, c'est-à-dire *aux modes* d'infection.

Le parasite doit-il être considéré comme un agent infectieux par lui-même ?

La distinction qu'on a jadis voulu faire entre les agents parasitaires et les agents infectieux peut être encore parfaitement défendue. Cependant si certains parasites ne possèdent que des toxines d'une nocivité insignifiante et agissent surtout comme corps

étrangers, la majorité d'entre eux semble agir non seulement en temps que corps étrangers, mais encore et surtout par les toxines qu'ils secrètent, par leur excréta aussi, et par les microbes qu'ils peuvent héberger soit dans leur tube digestif, soit dans l'intimité de leur tissu, soit encore dans les replis de leurs téguments externes.

Dans le cas présent, nous envisagerons deux éventualités : on a constaté au cours d'une appendicectomie ou sur la table d'autopsie, ou bien qu'il existe une perforation, ou qu'il n'y en a pas.

Dans le premier cas (il y a perforation), le ver doit-il être considéré comme l'agent actif de cette perforation ?

Sur ce point les avis sont très partagés et nous ne saurions mieux faire que de citer les opinions des auteurs qui ont fourni sur ce sujet les travaux les plus décisifs.

Dans l'exposé que nous allons faire de cette question, l'ascaris a été mis le plus souvent en cause.

Si nous ne pouvons admettre avec Coulet, Rosen et d'autres auteurs encore, cette hypothèse qui nous semble aujourd'hui puérile que du corps des lombrics sort une vapeur malfaisante qui s'élève jusqu'au cerveau, il est bien permis de se demander si ces êtres armés pour la lutte, qui ont des dents pour mordre, ne pourraient pas être rendus responsables des déprédations organiques intéressant toute l'épaisseur de l'intestin ou de l'appendice.

Cruveilhier, dans le *Dictionnaire de Médecine et de*

*Chirurgie*, croit que les vers trouvés dans la cavité du péritoine ou dans quelques abcès stercoraux n'y étaient point arrivés en perforant l'intestin ; la perforation, selon cet auteur, avait précédé leur passage.

Cependant, il fut ébranlé dans ses convictions par une communication que fit Bailly en 1854 à la Société Anatomique. Dans ce cas exceptionnel, Bailly mettait la perforation sur le compte de lombrics.

Cette même question occupa longuement Davaine. Il cite Becquerel (1) qui trouva à l'autopsie d'un enfant plusieurs ascaris dans le péritoine et deux autres étranglés dans une perforation de l'extrémité libre de l'appendice.

Lui-même rapporte un autre cas, dans lequel il compta quarante-sept ascarides qui étaient venus de l'intestin à travers l'appendice ulcéré et perforé. Dans deux autres cas, soumis à son observation, il y avait coexistence de perforations appendiculaires et de lombricose.

C'est à dessein que nous avons employé le terme « coexistence » ; car Davaine ne croit pas que les vers puissent par eux-mêmes trouser l'appendice.

« Il est rationnel d'admettre, écrit-il, que le voisinage d'un ascaris lombricoïde ne prouve nullement qu'une lésion intestinale trouvée à l'autopsie soit le fait de cet ascaride.

« Quelque grande que soit l'énergie des mouve-

---

1. Becquerel. *Clinique de l'hôpital des Enfants*, 1841.

ments des lombrics, elle est tout à fait insuffisante pour perforer les parois saines de l'intestin. Cela ne pourrait arriver que si ces parois étaient profondément ulcérées, amincies ou ramollies ».

Le lombric cependant semble bien armé pour une telle œuvre ; on sait que sa tête porte trois lèvres ; la supérieure est munie à sa base de deux papilles, les deux autres en présenteront chacune une.

Davaine nie cette action de l'appareil dentaire « cette hypothèse ne me paraît nullement acceptable, dit-il, parce que ces denticules dont sont pourvues les valves de la bouche des lombrics, étant situés en dedans de la marge de ces valves, ne peuvent s'exercer sur un objet situé en avant, mais seulement sur les objets introduits dans l'orifice buccal ».

La perforation serait préformée et le passage des lombrics dans le péritoine serait probablement un phénomène *post mortem*.

Mondière (1), médecin de Loudun, fournit l'explication suivante : la pression longtemps continuée d'un paquet de lombrics sur un point de l'intestin, pourrait à la longue amener la formation d'une escarre des tuniques intestinales qui, une fois détachée, laisserait à sa place un vide.

Cette explication est au premier abord peu vraisemblable, car il est difficile de supposer que les lombrics vivants resteraient un nombre suffisant de

---

1. Mondière. « Recherches pour servir à l'histoire de la perforation des intestins par les vers ascarides. » In journal *L'Expérience*. T. II, p. 65. Paris, 1838.

jours sans aucun mouvement ; à l'état de masse inerte, il faut les croire incapables d'exercer par ce mécanisme de la simple pression, une telle action, car morts ils seraient rapidement évacués.

Guersant (1) croit que les ascarides peuvent être rendus responsables des perforations de l'intestin et de son appendice. « L'ouverture par laquelle est passée le lombric est tellement étroite qu'elle ne laisse pas échapper la matière fécale dans le foyer de l'abcès. Ce mode de communication est dans ce cas d'autant plus obscur qu'on ne retrouve plus aucune trace du passage des lombrics, ainsi que l'a constaté Velpeau. »

Dès qu'on ne retrouve plus la trace des ouvertures faites à l'instant par le lombric, il faut qu'elles puissent se refermer après qu'il a pénétré dans la cavité du péritoine, ce qui nous conduit nécessairement à admettre une véritable perforation par l'ascaride sans ramollissement ou ulcération des membranes intestinales.

Deux observations de perforations iléo-cæcale dans son service à l'hôpital des enfants sont venues, ajoute-t-il, lui ouvrir les yeux.

Dans ces deux observations, l'appendice iléo-cæcal avait été perforé par des lombrics ; dans l'une, ces vers avaient été en quelque sorte pris sur le fait ; deux lombrics étaient engagés à moitié dans l'ap-

---

1. Guersant. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* en 30 vol., 1846.

pendice et à moitié dans la cavité péritonéale. Trois autres vers avaient déjà passé par la même ouverture et avaient pénétré entre les deux feuillets du grand épiploon par l'hiatus de Winslow sans perforer les membranes.

Dans le deuxième cas, la perforation de l'appendice avait donné lieu à une péritonite aiguë, promptement suivie de mort.

Dans les deux cas, l'appendice était percé à son extrémité par une ouverture étroite, de forme conique. Les membranes étaient lisses, amincies, taillées en biseau de dedans en dehors et les deux vers qui étaient à moitié sortis par cette ouverture y étaient tellement serrés qu'on avait peine à les tirer sans les rompre. Rien ne dénotait les traces d'une ulcération précédente.

Les lombrics pénètrent dans les conduits étroits, à cause de leur forme aiguë et de leur corps contractile. La tête très pointue est constamment dirigée vers le cul-de-sac et le ver est agité de mouvements de reptation et de rotation ; il agirait à la façon d'un poinçon et à la façon d'une vrille.

On peut se demander comment les lombrics qui ont à leur maximum de largeur 5 à 6 millimètres, ne provoquent pas le passage du liquide intestinal.

C'est à cause de la forme de leur corps, pointu à ses deux extrémités, contractile et qui passant lentement, laisse à la rétractibilité naturelle des membranes intestinales le temps de revenir sur elles-mêmes et de masquer l'orifice.

Ces mouvements de vrille, objecte Davaine (1), qui permettraient aux lombrics de s'insinuer entre les fibres des parois et de les écarter ne peuvent servir de base à une théorie qui expliquerait de cette façon l'intervention active des ascarides dans les perforations : les mouvements des lombrics, analogues à ceux des serpents, consistent simplement dans des inflexions et en des redressements alternatifs et ne sont nullement semblables à ceux du ver de terre qui s'enfonce dans le sol.

Il est difficile, après un tel débat, de se ranger sans arrière-pensée aux vues de l'un ou l'autre de ces auteurs. Sans être aussi catégoriques que Davaine qui refuse aux vers des moyens suffisamment efficaces pour porter atteinte à l'intégrité anatomique du tractus intestinal, il est imprudent d'accepter sans contrôle l'opinion de ceux, qui, au contraire, concèdent aux ascarides une telle énergie de mouvements, une telle complexion qu'ils puissent, par leurs seules ressources mener de bout en bout le percement de l'appendice.

Il semble cependant qu'on puisse amener ces deux sortes de théories sur un terrain d'entente et M. le professeur Blanchard a prononcé sur ce point spécial les mots décisifs : « Et même tout en admettant que les dents des ascarides soient incapables de ronger, de perforer l'intestin, ce qui n'est nullement prouvé, on ne saurait méconnaître que leurs lèvres

---

1. Davaine. *Dict. encycl. des Sc. méd.*, 1869.

fussent incapables de brouter pour ainsi dire la muqueuse. Ces mordillements réitérés peuvent par leur persistance exciter cette muqueuse, produire des foyers inflammatoires, qui, suivant les cas, se termineront par la résolution ou formeront de petits abcès au niveau desquels la membrane s'ulcérera ou pourra même se perforer. »

C'est à cette théorie, à tous les points de vue satisfaisante, que se rallient MM. Gouma et Peyronie (1), internes à l'hôpital civil de Tunis, quand ils écrivent dans le *Bulletin médical de Tunis*, à la fin d'un article consacré aux perforations d'origine vermineuse : « Si fréquemment les lombrics profitent pour sortir  
« de l'intestin d'un passage déjà ouvert, il n'en est  
« pas moins vrai que d'habitude, ce ver prépare lui-même son passage ; en irritant, en infectant la  
« muqueuse de l'intestin par ses rongements incessants, il laisse aux phénomènes réactionnels le soin  
« d'achever la tâche par eux commencée. »

Mais ce n'est pas uniquement suivant ce mode que les parasites intestinaux nuisent à l'appendice. C'est ainsi qu'un ascaris de volume un peu supérieur à la moyenne, un gros trichocéphale, des pelotons d'oxyures agglomérés peuvent réaliser par leur simple présence des processus divers qui bien souvent concourent par leur ensemble à faire éclater une appendicite ou à déterminer l'inflammation chronique de ce rudiment d'organe.

---

1. *Bulletin médical de Tunis*, novembre 1903.

Ces altérations pariétales qui trouvent leur origine dans un mécanisme de compression et d'obstruction se manifestent par de l'œdème de la muqueuse appendiculaire qui reconnaît pour cause la gêne circulatoire ; ou bien c'est la réalisation de la « cavité close » dont le professeur Dieulafoy a montré l'importance pathogénique.

D'une façon indirecte, l'obstruction de la lumière du boyau appendiculaire peut être rapportée à la présence d'œufs de parasites, noyaux primitifs de calculs de l'appendice. Il sied de rapporter ici l'observation publiée par le Dr Moynier de Villepoix (1), professeur à l'École de médecine d'Amiens :

« Il y a quelques semaines un de nos collègues me  
« priait d'examiner une petite masse très légère,  
« irrégulièrement sphérique, de couleur grisâtre,  
« qu'il avait extraite d'un appendice opéré par lui :  
« il pensait avoir affaire à un pois. Un examen très  
« sommaire permit de reconnaître dans cette masse  
« un calcul intestinal. L'examen microscopique ré-  
« véla qu'il était composé d'éléments les plus  
« divers : phosphate de chaux, une matière excré-  
« mentitielle, de nombreux débris végétaux, tra-  
« chées, fibres et vaisseaux spirales, lambeaux d'épi-  
« dermes provenant de pommes ou de poires. Au  
« milieu de ce conglomérat gisaient des corps  
« ovoïdes, brunâtres, à double contour, présentant  
« à chaque extrémité de leur grand axe une partie  
« réfringente : il fut facile de reconnaître là des

---

1. Moynier de Villepoix. *Gaz. méd. de Picardie*, juin 1901.

« œufs du trichocephalus dispar, hôte habituel du  
« cæcum dans les parois duquel ils sont générale-  
« ment implantés.

« Il serait utile d'appeler l'attention des chirur-  
« giens sur le trichocéphale qui, en raison de ses très  
« faibles dimensions (1 centimètre) et de sa fixation  
« sur les parois intestinales, à l'aide de son spicule  
« caudal, échappe aux investigations. »

Ces curieuses notes qui ajoutent encore à l'intérêt de la question n'envisagent qu'un cas tout à fait particulier de l'affection vermineuse. Il convient de s'arrêter longuement sur la façon la plus familière au parasites pour susciter l'inflammation de l'intestin et l'apparition d'une appendicite d'allure chronique le plus souvent. Les accidents appendiculaires trouvent ici leur cause dans le mécanisme spécial de l'*inoculation*. C'est ce mode d'atteinte qu'il nous faut expliquer ici.

Nous avons parlé plus haut de l'appareil buccal de l'ascaris et tout le monde admet aujourd'hui qu'il lui est possible de léser tout au moins la muqueuse. L'ascaris cinocéphalus du Dauphin qui possède la même armature buccale que l'ascaris lombricoïdes est capable de s'implanter dans la muqueuse du tube digestif qui l'hospitalise. Il est vraisemblable que l'ascaris humain peut agir de même, d'autant plus que dans quelques cas où les auteurs ont examiné la muqueuse d'un intestin renfermant des ascarides, ils ont observé des lésions qui ne pouvaient

guère s'expliquer que par la fixation probable des ascaris.

Quant au trichocéphale, la façon dont il se comporte vis-à-vis de la muqueuse a fait l'objet de vives discussions. Si le plus souvent son extirpation est facile, il adhère parfois assez fortement et la cause de cette adhérence n'est pas nettement élucidée. Tout récemment, cependant, M. Guiart (1) a fourni sur ce point litigieux des données qui tendraient à faire résoudre la question dans le sens de l'affirmative : « Si cette fixation, déclare-t-il, couramment remarquée chez les animaux, ne s'observe pas chez l'homme, il est du moins facile de l'expliquer. C'est tout simplement parce que tous les parasites qui sont fixés sur la paroi du tube digestif s'en détachent très peu de temps après la mort, sans même attendre le refroidissement du cadavre de telle sorte que, pour observer des ascarides en place, il faudrait pouvoir faire l'autopsie immédiatement après la mort. La meilleure preuve en est fournie par le trichocéphale. On sait que ce parasite est particulièrement fréquent dans la région du cæcum et à l'heure actuelle il ne fait plus de doute pour personne que le trichocéphale est profondément implanté dans la muqueuse par son extrémité effilée. Cependant, lorsqu'on fait l'autopsie d'un tube digestif, après l'avoir lavé sous un courant d'eau, on ne

---

1. Guiart. *Archives de Méd. navale*, 1904. T. LXXXII, p. 376.

retrouve plus de trichocéphales. Ceux-ci se trouvant libres dans les fèces ont été entraînés par l'eau au dehors. Mais si l'on a eu soin d'enfermer le cæcum entre deux ligatures et de l'ouvrir ensuite, on pourra trouver de nombreux trichocéphales libres au milieu des matières qu'il contient. » Et plus loin : « D'ailleurs, si on pratique des coupes dans un intestin renfermant des trichocéphales, on constate que l'extrémité antérieure du parasite disparaît tout entière dans la paroi, jusque dans la sous-muqueuse et certaines coupes pourront le rencontrer deux ou trois fois.

On peut supposer là un rôle de fixation, mais, comme la bouche du parasite s'enfonce dans la profondeur des tissus, il est permis de supposer que l'animal suce le sang pour se nourrir (1). Le parasite se détache après la mort parce qu'il ne trouve plus dans la muqueuse le sang en circulation. »

A ce sujet nous croyons utile de rapporter quelques passages empruntés à une communication qui fut faite à la Société anatomique par MM. Vigouroux et Collet.

Car..., idiot microcéphale, interné à l'asile de Vaucluse depuis sa dix-septième année, succomba à l'âge de 43 ans à une diarrhée rebelle causée par le trichocéphale.

A l'autopsie, qui fut pratiquée vingt-cinq heures

---

1. Askanazy. Le trichocéphale se nourrit de sang. *Méd. Mod.*, p. 615, 1899.

après la mort, on trouva le gros intestin rempli de matières épaisses et gluantes, colorées en noir par le bismuth. Ces matières fourmillent de petits vers. Tous ces parasites appartiennent à l'espèce « trichocephalus hominis ». Les mâles et les femelles paraissent être en nombre égal. Lorsqu'on retire ceux qui adhèrent à la surface intestinale, on voit leur partie céphalique se dégager de la muqueuse comme si elle s'y trouvait implantée. La partie moyenne de l'appendice contient le corps d'un trichocéphale amputé de son filament céphalique (1).

A l'examen histologique, on trouve la lumière de l'appendice obstruée par un très grand nombre d'œufs de trichocéphales.

Elle contient des coupes de la portion céphalique du trichocéphale dont le corps était logé dans la première partie de l'organe. On voit dans une cavité à contour circulaire, creusée dans l'épithélium pariétal la coupe du trichocéphale. Cette cavité embrasse étroitement le parasite. Elle est limitée du côté de la lumière de l'appendice par une même cloison formée de plusieurs cellules aplaties. Le reste de sa paroi est formé par des tubes glandulaires refoulés.

A ce niveau, il existe une légère infiltration leucocytaire entre les culs-de-sac glandulaires. Au voisinage du parasite on aperçoit quelques leucocytes polynucléaires. En somme, il existe en ce point une réaction inflammatoire réelle quoique légère.

---

1. Vigouroux et Collet. *Bulletin. Soc. Anat.*, mars 1905.

« En conséquence, ajoutent les auteurs, il est permis de se demander si une infection microbienne n'a pas été produite par les parasites inoculant le coli-bacille au moyen de leur partie céphalique engagée sous la muqueuse.

« L'existence de ganglions mésentériques suppurés permet de supposer qu'il en a été ainsi... »

L'action destructive de ces deux parasites semble donc être un fait démontré. Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'oxyure : il n'y a du reste que fort peu de temps qu'on a signalé la coexistence de ce ver et de l'appendicite. Il n'est pas impossible cependant qu'il puisse lui aussi exercer sur la muqueuse une action de désintégration, soit par son extrémité postérieure effilée, soit par son renflement céphalique qui porte une bouche munie de trois lèvres.

Le trichocéphale et l'ascaride, hôtes fréquents de notre intestin sont donc suffisamment armés pour léser la muqueuse entérique.

D'autre part quelle est la résistance de cette membrane ? On sait que la muqueuse de l'appendice est essentiellement vulnérable non seulement par des corps étrangers, mais surtout des éléments pathogènes vivants qui peuvent être amenés à son contact.

Ces considérations qui mettent en présence l'assaillant et l'obstacle fragile nous amènent tout naturellement à penser qu'une simple piqûre pourra, les circonstances aidant, provoquer les plus graves désordres.

Le parasite agit donc en ouvrant la porte à l'infection, il inocule la muqueuse. C'est là l'opinion émise en 1901 par le professeur Metchnikoff qui dès cette époque pensait qu'il y a lieu de supposer que dans beaucoup de cas les troubles appendiculaires reconnaissent comme cause l'helminthiase : les parasites agissent surtout par l'intermédiaire des microbes qu'ils introduisent dans la muqueuse (1).

Depuis 1899, c'est-à-dire deux ans auparavant, M. Guiart (2) considérait les helminthes comme des parasites très pathogènes qui agiraient comme une lancette d'inoculation en faisant pénétrer les bactéries dans la paroi intestinale.

Suivant les cas, ce sont tantôt les bacilles du contenu intestinal qui profiteront de la porte ouverte pour s'insinuer entre les éléments constituant des parois ; tantôt ce seront des microorganismes apportés, envoyés par le ver lui-même, après qu'il les aura hébergés dans son tube digestif ou qu'il les aura recélés dans les replis de sa cuticule. C'est surtout le trichocéphale qui semble responsable de ces méfaits, contaminant la muqueuse ulcérée des germes infectieux dont il est couvert (3), et favorisant l'absorption des toxines entériques. C'est ainsi que l'inoculation du colibacille provoquera des inflammations de l'intestin, de l'appendice par exemple.

---

1. Metchnikoff. *Médecine moderne*, 27 mars 1901.

2. Guiart. *Presse médicale*, 1904, p. 679.

3. Metchnikoff. Académie de médecine, 19 mars 1901.

Une piqûre au niveau de l'appendice amènera une congestion plus ou moins intense de cet organe, de l'hyperhémie des réactions inflammatoires générales. Les follicules exagéreront leurs saillies vers la lumière du boyau, amenant la stagnation dans le cul-de-sac de produits de sécrétions septiques à des degrés divers. La tunique musculaire, comprimée, mal irriguée ne se contractera plus, les microbes intestinaux sous l'influence de ce travail phlegmasique acquerront un degré de virulence plus grande (Macaigne, *colibacille*) et à l'intoxication primitive viendra s'ajouter l'infection toujours nécessaire dans la pathogénie de l'appendicite. Cette infection se fera d'autant plus rapidement et sûrement qu'elle trouvera de multiples portes d'entrée, dans les ulcérations que nous avons déjà signalées.

Enfin la localisation de ces phénomènes sur l'appendice trouvera sa raison d'être dans les particularités anatomiques de situation, de structure, de circulation qui sont la caractéristique de cet organe. L'appendice est en effet un organe doué d'une physionomie bien spéciale. L'exiguïté du canal dont il est creusé, environné d'épaisses parois, le signale manifestement à l'obstruction, c'est-à-dire à l'accumulation de corps étrangers à la rétention de sécrétions dommageables, d'autant plus à craindre qu'il se trouve, par sa position même, en dehors de l'activité du transit intestinal. Mais c'est surtout à sa structure qu'il doit d'accueillir aussi facilement l'infection ; en effet on ne saurait mieux le comparer qu'à un ganglion lymphatique.

tique étalé et comme enroulé sur lui-même. L'appendice est avant tout un organe lymphoïde, recélant dans sa paroi de très nombreux follicules clos, barrières opposées au passage des caravanes microbiennes du district cæco-appendiculaire. Aussi conçoit-on facilement que l'helminthe n'a pas besoin de pénétrer dans l'appendice pour en déterminer des lésions : de même qu'une simple égratignure siégeant au pied, pour peu qu'elle soit infectée, se manifeste à l'aine par l'apparition d'une tumeur ganglionnaire dure et douloureuse, de même, en le cas qui nous préoccupe et en vertu du même mécanisme, pouvons-nous admettre qu'une piqûre du cæcum pourra transmettre l'infection microbienne au ganglion appendiculaire qui réagira plus ou moins vivement.

Cette théorie est d'autant plus séduisante qu'elle correspond pleinement à nos idées actuelles, faisant la part large à l'infection qu'elle admet comme un élément indispensable, comme une notion nécessaire. Cependant, il ne faut pas laisser dans l'ombre les circonstances qui favorisent l'éclosion de l'appendicite parasitaire.

Ces circonstances secondaires ont bien leur importance car de nombreuses observations ont montré que dans tous les cas, les helminthes n'agissent que dans certaines conditions :

1° Leur action doit être localisée un certain temps sur le même segment de muqueuse ;

2° Le trouble de certaines fonctions physiologiques (constipation, obstruction) réalise cette condition.

Il est bon d'insister sur cette deuxième proposition qui nous aidera à faire justice de certaines objections qu'on a voulu dresser victorieuses devant la réelle existence de l'appendicite parasitaire.

M. Matignon (1), médecin-major de l'armée, faisait remarquer que la Chine du Nord est peut-être un des pays où l'helminthiase intestinale est le plus répandue, au point que 95 à 98 o/o des enfants et 75 o/o des adultes sont infestés de vers et principalement de lombrics. Malgré cette grande fréquence des vers, il n'aurait jamais observé un seul cas d'appendicite helminthiasique pendant quatre ans et demi qu'il passa en mission ou dans les hôpitaux.

M. Treille (2) ajoute que chez les Arabes les vers intestinaux sont d'une grande fréquence et pourtant il est bien rare qu'on constate chez eux l'appendicite.

M. Guiart (3) ne concède pas à ces raisons autant de valeur que leur en attribuaient les auteurs qui précèdent : « Ces Arabes et ces Chinois, réplique-t-il, qui ont beaucoup de vers et n'ont pas d'appendicite ne vivent presque exclusivement que de légumes : ils ne connaissent pas la constipation ». A ceci nous ajouterons que les Chinois et les Arabes restés végétariens ont probablement évolué moins que les Européens vers l'atrophie de leur appendice et que

---

1. Matignon. *Médecine moderne*, 17 avril 1901.

2. Treille. Congrès de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie de Nantes, septembre 1901.

3. Guiart. *Le Rôle pathogène de l'ascaris lombricoïdes dans l'intestin*. C. R. Soc. Biol., p. 1000, 1899.

cet organe, en admettant qu'il soit chez eux comme chez nous sans utilité au point de vue des sécrétions digestives, peut avoir conservé assez de vitalité, de vie propre, pour ne point donner lieu à des processus pathologiques.

De plus ces peuples ne mènent point la vie sédentaire qui nous prédispose aux stases intestinales, les Arabes sont nomades, l'activité des coolies chinois est proverbiale.

« Il est possible, écrit Laveran, que les microbes de l'intestin sont plus inoffensifs chez les végétariens, tels que les Chinois que chez les Européens, surtout chez ceux qui consomment beaucoup de viande. »

3<sup>e</sup> Les dispositions anatomiques anormales, telles que les hernies, ou normales, telles que les coudures intestinales causées par les brides ou les diverticules peuvent devenir aussi des causes de prédisposition.

C'est grâce à ce concours de circonstances que l'appendicite pourra éclore, le lit étant préparé à l'infection. Si des microbes jouent ici, comme dans n'importe quelle affection un rôle de premier plan, il est indéniable que la participation des vers parasites de l'intestin est une des conditions essentielles à la production de l'appendicite.

Il est superflu d'ajouter qu'il ne faut pas traiter le ver en agent pathogène d'importance négligeable. Ses méfaits que l'on découvre chaque jour plus nombreux, depuis que la communication du professeur Metchnikoff a de nouveau attiré l'attention sur les théories parasitaires, délaissées dès l'apparition

des théories de Virchow, le signalent suffisamment aux yeux des cliniciens pour qu'on cherche systématiquement à dépister les traces du ver dans toute appendicite. « Le temps viendra sans doute, dit Guiart, où les vers intestinaux seront considérés comme les facteurs étiologiques les plus fréquents de l'appendicite ». (1)

Et peut-être traduirions-nous sur ce point avec assez d'exactitude la façon de penser du professeur Blanchard, en affirmant que si le microbe a donné presque tout ce qu'on pouvait attendre de lui, la parole est aujourd'hui à la parasitologie dont l'avenir apparaît fécond sur le seuil de ce siècle naissant.

---

1. Guiart. *Bullet. des sc. pharmacol.*, nov. 1904.

## DIAGNOSTIC

Nous avons dans un précédent paragraphe exposé tout ce qu'on peut dire actuellement de la symptomatologie de l'appendicite vermineuse.

Peut-être la clinique attentive arrivera-t-elle à surprendre aux signes habituels et classiques de l'appendicite des nuances jusqu'ici passées inaperçues ; peut-être l'observation mettra-elle en valeur la prédominance de certaines manifestations morbides.

Il est difficile, en l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, de dire en quoi l'appendicite vermineuse diffère des autres appendices ; il est téméraire d'affirmer qu'elle leur est tout à fait semblable dans ses manifestations objectives et subjectives.

Comme l'a fait remarquer le professeur Kirmisson, cette question n'a pas encore reçu de conclusion ; toutes les communications et les travaux qui l'ont abordée sont des notes préliminaires.

Un fait cependant émerge de toutes ces notes : il existe des appendicites causées par les parasites intestinaux. En présence d'une appendicite, quel symptôme nous permettra de remonter au diagnostic étiologique ?

« Le diagnostic ne peut être fait que lorsque nous tenons le corps du délit, a dit le professeur Metchnikoff. » Toutefois on pourra le soupçonner si on a soin de recueillir des fragments de selles suspectes en trois ou quatre points différents d'une masse fécale, on y trouvera des œufs.

Nous n'avons pas l'intention de décrire en ce travail les nématodes que nous sommes appelé à trouver au sein des matières fécales ; nous ne nous étendrons pas davantage sur l'aspect et les caractères distinctifs de leurs œufs. Ils sont les uns et les autres étudiés dans les traités de Parasitologie avec une précision de détails qui ne manqueraient pas de les faire reconnaître, même à un œil inexercé.

Il importe avant tout de savoir examiner les selles, et M. Guiart a recours, en ce dessein, à un procédé que l'expérience lui a fait connaître comme l'un des plus sûrs (1). « On recueille les matières fécales dans une terrine, on ajoute une notable quantité d'eau, on agite et on laisse reposer deux ou trois minutes. On rejette alors la partie supérieure de cette eau et on la remplace par de l'eau pure, vivement projetée dans la terrine ; nouveau repos, puis nouvelle décantation. En opérant ainsi à cinq ou six reprises, le liquide devient plus ou moins clair, les matières fécales se trouvant peu à peu éliminées, les helminthes se déposant au contraire, au fond du récipient.

---

1. Guiart. « Les parasites de l'intestin et leurs recherches. » *Bulletin des sciences pharm.*, mai-juillet 1902.

Après un dernier repos plus prolongé on décante et on rejette la plus grande partie du liquide ; on répartit ensuite le reste dans des cristallisoirs. On continue, s'il y a lieu, de décantier et de renouveler le liquide, jusqu'à ce qu'on distingue nettement les helminthes, qui seront surtout visibles en posant le vase sur un fond noir. »

Voici un procédé d'examen ; mais la véritable méthode clinique consiste dans l'examen microscopique qui permet de retrouver l'œuf caractéristique de chaque espèce et de faire un diagnostic dans des conditions un peu moins désagréables. C'est la méthode à laquelle on devra le plus souvent recourir. Elle n'exige que de l'habitude et de la patience. Ici, en effet, plus de ces manipulations ; qui sans doute peuvent sembler répugnantes à beaucoup de praticiens ; la technique est d'une simplicité qui doit encourager les recherches : il suffit de prélever quelques fragments de fèces en différents points d'une selle récemment évacuée ; si les matières sont un peu dures, on les écrase et à l'aide d'un agitateur en verre on les délaye dans une petite quantité d'eau sur la lame même ; on recouvre le tout d'une lamelle et on porte sur la platine du microscope la préparation ainsi obtenue.

Les œufs d'ascarides étant toujours répartis assez régulièrement dans les déjections peuvent être reconnus en quelques minutes. Les œufs de trichocéphale, au contraire, sont le plus souvent déposés dans le cæcum et se trouvent par suite éliminés inégalement

par les matières, il est donc prudent de faire plusieurs examens.

Le professeur Metchnikoff signale une cause d'erreur : « Il est évident, dit-il, qu'on ne saurait conclure à la non présence de vers intestinaux qu'après de nombreux et successifs examens des fèces ; mais comme un seul ver est capable d'obstruer l'appendice ou d'ensemencer ses parois, il est possible que dans des cas rares et particulièrement difficiles pour le diagnostic, ce soit un lombric ou un trichocéphale mâle qui provoque l'accident. Alors l'examen des selles ne pourra donner aucune indication et les vermifuges seront seuls à même d'assurer le diagnostic. »

Et ce diagnostic, nous pourrons en vérifier la justesse, après coup, il est vrai, lorsque nous verrons les symptômes de l'appendicite déclarée, s'amender peu à peu jusqu'à disparaître complètement.

Il nous semble que nous soyons en droit de conclure en telle occurrence, non pas à une simple coexistence, mais bien à un rapport de cause à effet : nous nous trouvons bien en présence d'une appendicite due aux helminthes.

## TRAITEMENT

De telles considérations nous amènent tout naturellement à la question du traitement. Quels remèdes opposerons-nous à une appendicite que l'examen des selles nous a prouvée vermineuse.

Et d'abord, nous souvenant de ce vieux non moins qu'excellent précepte : mieux vaut prévenir que guérir, voyons s'il est en notre pouvoir de nous préserver d'une affection de cette nature.

Les lignes qui vont suivre, empruntées au professeur Metchnikoff(1), nous font entrevoir la possibilité de nous garantir de l'infection vermineuse, nous rassurent en nous faisant pressentir l'efficacité des mesures prophylactiques : « Il est désormais bien établi que les deux espèces de nématodes que nous trouvons dans les appendicites se transmettent par des larves enfermées dans les enveloppes de l'œuf. Les embryons mûrissent en dehors du corps humain, dans la terre ou dans l'eau souillée par les matières fécales d'individus infestés d'ascarides ou de trichocéphales. C'est cette eau impure, ainsi que les légumes

---

1. Metchnikoff. *Bull. Acad. Méd.*, 11 mars 1901.

et les fruits qui servent de véhicules aux parasites intestinaux. »

C'est ainsi que s'explique la grande fréquence de ces parasites chez les aliénés démentiels qui s'abreuvent à n'importe quelle source, s'adressent à n'importe quels aliments pour calmer leur faim, boivent sans y prendre garde l'eau souillée des ruisseaux. L'ascaride et l'oxyure se rencontrent chez eux très fréquemment. Vix les a trouvés quarante fois soit dans la proportion de 46 o/o chez 86 aliénés.

C'est également à ce mode de contamination par l'eau que l'on peut rapporter ses épidémies d'appendicite qui frappaient les membres d'une même famille: on avait pensé qu'il s'agissait là d'une quelconque tare héréditaire commune. Il est impossible d'invoquer cette cause pour les petite épidémies d'appendicite qui s'observent de temps en temps dans les pensionnats. Il est au contraire très facile d'expliquer ces faits par la consommation dans une même famille ou dans la même institution de légumes crus souillés par des déjections humaines.

Puisqu'il en est ainsi, les moyens à employer pour éloigner de nous l'affection sont d'une grande simplicité et se déduisent logiquement des données qui viennent d'être émises. N'ingérons plus d'œufs de parasites. Et pour ce faire, nous prendrons la précaution de soumettre notre eau de boisson à l'ébullition pendant au moins un quart d'heure et il ne sera pas inutile de la filtrer ensuite, manœuvre qui aura le double avantage de l'aérer et de la débarrasser des

matières organiques qui la souillent. Faisons cuire nos légumes longuement. Evitons les légumes crus, les fruits crus qui traînent au contact du sol, tels que les fraises.

Soyons sévères pour les végétaux comestibles provenant des terrains maraîchers arrosés par les eaux d'épandage. Nous aurons accompli, ce faisant, une bonne partie de la besogne dont les indications ressortissent à l'hygiène la plus stricte. Evitons la promiscuité des animaux domestiques. Les chiens et les chats sont, comme nous et plus que nous, les hôtes des parasites, et il nous est facile de nous souiller à leur contact.

Si malgré nos efforts, si en dépit de notre rigoureuse observance de ces règles, l'appendicite se déclare, nous avons alors à lui opposer des médicaments desquels nous avons le droit d'attendre beaucoup. Ces médicaments varieront bien entendu avec l'espèce vermineuse et avec le moment de l'affection.

La gravité des appendicites parasitaires aiguës ou les altérations irrémédiables qu'elles ont amenées dans l'appendice nécessitent souvent l'intervention. Quand, au cours d'une appendicite aiguë, un abcès semble se collecter avec menaces de péritonite généralisée, un vermifuge administré réveillerait intempestivement les mouvements de l'intestin qu'on a tout intérêt à calmer. En ce cas, si l'intervention n'est pas indiquée, il est sage d'attendre que les phénomènes aigus soient venus à se refroidir com-

plètement, ce sera le bon moment dont on profitera pour administrer un anthelminthique.

En un mot, toutes les fois qu'on ne craindra pas de réveiller les contractions intestinales, il est indiqué d'avoir recours aux vermifuges. Dans les cas d'appendicite chronique à répétition, quand on ne constatera pas la présence de noyaux d'induration dans la fosse iliaque et qu'on ne provoquera pas de douleur réelle à la pression, mieux vaut instituer le traitement médical. Les cas légers, surtout chez l'enfant, sont justiciables d'un traitement médical, auquel on aura recours avec d'autant plus de confiance que les cas d'appendicites ainsi traitées et guéries par ce même traitement pullulent dans la science.

Le professeur Metchnikoff, dont les idées sont à ce point de vue approuvées par MM. Blanchard et Guiard, fait tous ses efforts pour réhabiliter aux yeux des médecins et des parents la cure vermifugeuse de la première enfance. « Autrefois, dit-il, on prescrivait de temps en temps des vermifuges aux enfants ; depuis un certain nombre d'années cette thérapeutique a été abandonnée, c'est là peut-être une des causes de l'augmentation de fréquence de l'appendicite, signalée par plusieurs cliniciens dans ces derniers temps. »

C'est donc une bonne pratique que d'examiner les selles de temps en temps et d'administrer un vermifuge.

Nombreux sont les anthelminthiques, même si

nous laissons de côté les vieux remèdes qui sont encore employés de temps à autre dans les campagnes, tels que l'ail, l'assa foetida, l'électuaire à la poudre d'absinthe préconisée par Sylvius. On ne saurait cependant s'adresser indifféremment à l'un d'entre eux, car leur emploi correspond pour chacun à des indications spéciales.

De l'avis de la plupart des auteurs, les oxyures sont justiciables de la santonine, alcaloïde du *semen-contra*.

On peut administrer le *semen-contra* en nature et fraîchement pulvérisé, à la dose de trois cuillerées à café par jour, délayées dans un peu d'eau. E. Marchand de Sainte-Foix (1) conseillait de faire prendre simultanément quelques centigrammes d'opium par jour, la cure ne réussissant qu'avec l'aide de la constipation. Dix ou douze jours de traitement étaient nécessaires à la cure.

Le remède le plus efficace est la santonine. Chez l'enfant, à l'exemple de Comby, on donnera 1 centigramme par jour, par année d'âge, pendant trois jours avec une égale dose de calomel.

Les moyens suivants sont de précieux adjuvants de la cure :

Lavements avec de l'eau additionnée soit de savon, soit de vinaigre, soit de quelques gouttes de benzine.

Grand lavage intestinal pour éliminer les matières fécales accumulées ; puis injection de nitrate d'ar-

---

1. *Revue théor. méd. et chir.*, t. XXIV, 1857, p.<sup>7</sup> 347.

gent à 1 pour 1000 ; au bout de cinq minutes, neutraliser cette solution par un grand lavement d'eau salée physiologique.

Le docteur Dumas, de Montpellier, introduit dans le rectum une mèche de gaze enduite d'une pommade mercurielle, qu'il laisse en place pendant quatre heures.

Il fait suivre cette application d'un lavement de cascarille répété trois fois par jour.

Un laxatif léger, administré à la fin de l'opération, contribue à chasser les oxyures en agissant sur la portion inférieure du tube digestif.

Contre les ascarides et le trichocéphale, Baylet emploie la santonine qu'il dose comme suit :

Pour les enfants de moins de trois ans :

|                     |           |          |
|---------------------|-----------|----------|
| Santonine.          | . . . . . | o gr. 10 |
| Calomel à la vapeur | . . . . . | o gr. 20 |
| pour 8 paquets.     |           |          |

Pour les enfants de trois à dix ans :

|                     |           |          |
|---------------------|-----------|----------|
| Santonine.          | . . . . . | o gr. 20 |
| Calomel à la vapeur | . . . . . | o gr. 40 |
| pour 8 paquets.     |           |          |

Pour les adultes :

|                  |           |          |
|------------------|-----------|----------|
| Santonine.       | . . . . . | o gr. 40 |
| Calomel          | . . . . . | o gr. 40 |
| Poudre de Jalap. | . . . . . | o gr. 40 |
| pour 4 paquets.  |           |          |

Un paquet le matin, suivi de l'ingestion d'une tasse d'infusion de menthe poivrée : continuer ce traitement pendant trois jours. Le quatrième jour,

prendre un laxatif, de l'huile de ricin par exemple.

On peut aussi mêler simplement la santonine à du miel ou même à de l'huile d'olives qui la rend moins absorbable et accroît son action contre les ascarides.

On peut également prescrire le semen-contrà en lavements. La formule suivante est usitée :

|                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| Poudre de semen-contrà . . . | 1 à 4 gr.        |
| Huile d'olive . . . . .      | 30 gr.           |
| Jaune d'œuf . . . . .        | N <sup>o</sup> 1 |
| Eau . . . . .                | 60 gr.           |

Pour combattre le trichocéphale, le thymol préconisé par Metchnikoff a donné d'excellents résultats. C'est ce fait que se plaît à reconnaître le professeur Kirmisson (1).

Lutz et Hayer l'ont particulièrement recommandé. La formule de Hayer est la suivante (2) :

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Thymol. . . . .         | 2 gr.  |
| Huile d'olive . . . . . | 4 gr.  |
| Gomme arabique . . .    | 2 gr.  |
| Eau distillée . . . . . | 60 gr. |

Le matin à jeun une cuillerée à bouche toutes les heures, jusqu'à concurrence de trois cuillerées, et le soir un fort purgatif et ainsi de suite trois jours de rang.

La dose de thymol pour un adulte est d'environ 4 grammes. Le thymol n'est malheureusement pas toujours bien accueilli par la muqueuse gastrique.

---

1. Kirmisson. Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, septembre 1901, Nantes.

2. In Arnozan. *Précis de Thérapeutique*, Paris 1903.

On pourrait recourir, pour obvier à cet inconvénient, à l'uréthane de thymol, dont les cristaux blancs, presque insipides et peu solubles dans l'eau, se décomposent en milieu alcalin, dans l'intestin, où le thymol agit comme anthelminthique.

Mosler et Peiper ont préconisé les lavages de l'intestin avec de l'eau additionnée de quelques gouttes de benzine.

## CONCLUSIONS

1° Le parasitisme intestinal fréquent chez les malades atteints d'appendicite et le nombre des fois où on a constaté la présence de vers dans l'appendice est suffisant pour écarter l'idée d'une pure coïncidence. Il y a des appendicites vermineuses.

2° Ces appendicites parasitaires semblent présenter les mêmes symptômes que les appendicites qui se rapportent à d'autres étiologies. Le diagnostic ne sera posé d'une façon ferme que lorsqu'on aura trouvé les parasites eux-mêmes dans les selles, ou lorsqu'un et plusieurs examens microscopiques auront décelé la présence d'œufs de nématodes dans les matières fécales.

Il est donc indispensable d'examiner les selles des malades quand on est en présence d'une telle affection intestinale ; comme on le fait pour l'expectoration dans les maladies pulmonaires, pour l'urine dans les maladies des reins.

3° Il existe un traitement préventif de l'appendicite helminthiasique : s'abstenir d'eaux non bouillies, éviter les légumes crus et provenant de cer-

tains terrains (champs d'épandage) sans les avoir préalablement soumis à une longue cuisson.

4° Il serait souhaitable qu'on accordât plus de crédit aux anciennes pratiques : le pourchas systématique des parasites chez les jeunes enfants ne peut que les débarrasser d'hôtes, qui à un moment donné peuvent devenir dangereux. Il est également sage de surveiller les ébats des jeunes enfants, de leur apprendre à ne pas boire n'importe quelle eau, de ne pas les laisser se souiller au contact des eaux suspectes. La promiscuité des animaux domestiques, tels que chiens et chats, peut aussi présenter des dangers.

5° Les cas légers d'appendicite vermineuse, les cas d'appendicite chronique à répétition avec crises de moyenne intensité, séparées par des intervalles plus ou moins grands sont justiciables du traitement anthelminthique. Il ne faut pas compter sur le traitement médical, livré à ses seules ressources, quand il s'agit d'appendicites graves où l'on peut soupçonner des désordres étendus ; il y a dans ces cas des lésions que seule l'intervention chirurgicale peut supprimer.

---

Vu : le Président de la thèse,  
BLANCHARD

Vu : le Doyen.  
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris  
LIARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARBORÉ-RALLY. — In Semaine médicale, 1900, p. 443.
- ARNOZAN. — Précis de Thérapeutique en 2 volumes. Paris, 1903.
- ARRAULT. — Ascaris lombricoïdes et perforations intestinales (Th., Paris, 1896-1897).
- ASKANAZU. — Médecine moderne, 1899, p. 615.
- BECQUEREL. — Clinique de l'Hôpital des Enfants, 1841.
- BEGOUIN. — Mémoire et Bulletin de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 1902.
- BELL. — In Tribune médicale, 27 mai 1903.
- BLANCHARD. — Dict. encyc. des Sciences médicales, 3<sup>e</sup> série, t. XVIII.
- Traité de Zool. médicale. Paris, 1886-1888, t. I.
- Archives de Parasitologie, t. I, 1898.
- BRUN. — Société de Chirurgie, 14 mars 1903.
- CANTAS. — Appendicite et Lombric. Presse médicale, p. 550-551, 1903.
- COLLET. — Bulletin de la Soc. Anat. de Paris, mars 1905, p. 270.
- DAVAINE. — Dict. Dechambre, t. III, 1869.
- DUBOURG. — Journal de Médecine de Bordeaux, 22 avril 1899.
- DUMAS. — In Arnozan (Précis de Thérapeutique).

- GALLI-VALERIO. — Centralblatt. für bacteriolog., t. XXXIV, p. 350 à 355, 1903.
- GILLOT (Ad.). — Deux cas d'appendicite d'origine vermineuse au XVII<sup>e</sup> siècle. Chronique médicale, t. X, p. 537, 1903.
- GIRARD. — Soc. de Biologie. Séance des 2 et 9 mars 1901.
- Semaine médicale, 13 mars 1901.
- Annales de l'Institut Pasteur, 1901, t. XX.
- GORDON. — Thèse, Paris, 1896.
- GOUMA. — Bulletin médical de Tunis, novembre 1903.
- GOURAUD. — Gazette des hôpitaux, 1893, p. 754.
- GUÉGAN. — Ascaride et appendicite en Tunisie. Le Caducée, p. 116, 1902.
- GUERSANT. — Dict. de Méd. et de Chir. en 30 vol., 1846.
- GUIART. — Le rôle pathogène de l'ascaris lombricoïde dans l'intestin. C. R. Soc. de Biologie, 1899.
- Rôle pathogène de l'ascaris lombricoïdes. Archiv. de Parasitologie, t. III, 1900.
- Le trichocéphale et les associations parasitaires. Soc. de Biologie, t. LIII, 16 mars 1901.
- Les parasites de l'intestin et leurs recherches. Bull. des Sciences pharmac., t. VI, mai et juillet 1902.
- Archives de Médecine navale, t. LXXXII, 1904.
- GUINARD. — Presse médicale, 1901, p. 161.
- Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 1902.
- GUY-PATIN. — Lettres choisies. Paris, 1692, t. I, p. 113.
- HERVIEUX. — Des accidents causés par les oxyures. Bull. gén. de Thérap., 1859.
- HOPPE-SEYLER. — Munch. medic. Woch., 12 avril 1904, n° 15.
- Policlinico-Pratica, t. XI, p. 1095, 1904.

KELLY. — Débuts de l'histoire, de l'appendicite en France.

Presse médicale, 1903, p. 437.

KIRMISSON. — Congrès de gyn. d'obst. et de péd., Nantes, 1901.

LETULLE. — Soc. de biologie, 16 mars 1901.

MARCHAND. — Revue de thér. méd. et chir., tome XXXIX, 1857.

MARTIN. — Semaine médicale, p. 256, 1903.

— Revue médicale de Normandie, 25 septembre 1903.

MASSON. — Crises gastriques et pseudo-appendiculaires causées par l'ascaris chez les adultes. Thèse, Paris, 1904-1905.

MATIGNON. — Médecine moderne, 17 avril 1901.

MAUCLAIRE. — Gazette des hôpitaux, 6 mai 1902.

METCHNIKOFF. — Etude sur la nature humaine, 1904.

— Pseudo-appendicite helminthiasique. Médecine moderne, p. 101, 27 mars 1901.

— Notes à l'Académie de médecine, 12 mars 1901.

— Helminthiase et appendicite. Médecine moderne, 1901.

— Notes helminthologiques sur l'appendicite, 12 mars 1903.

MONDIÈRE. — Recherches pour servir à l'histoire de la perforation des intestins par les vers ascarides et les tumeurs vermineuses des parois abdominales. In Journal L'Expérience, tome II, Paris, 1838.

MOTY. — Echo médical du Nord, mai 1902.

— Bull. médical, p. 532-533, 1902.

MOYNIER de VILLEPOIX. — Sur la présence de l'entozoaire dans

un calcul appendiculaire. Gazette médicale de Picardie, juin 1901.

NEVEU-LEMAIRE. — Précis de parasitologie animale, 1902.

OPPE. — Journal des praticiens, 20 juin 1903.

PEYRONIE. — Bull. médical de Tunis, novembre 1903.

ROUTIER. — In Traité de chir. Le Dentu et Delbet. Article  
« Appendicite ».

SANTILLANA. — Bull. médical de Tunis, mai 1903.

SCHWANKHAUS. — American practitioner and news, janvier  
1901.

— Semaine médicale, n° 10, mars 1901.

TREILLE. — Congrès de gynéc., d'obstétr. et de péd., Nantes,  
1901.

TRIBOULET. — Compte rendu de la Soc. médic. des hôp.  
Médecine moderne, 8 mai 1901.

VIGOUROUX. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, mars 1905.

WEINBERG. — In Presse médicale, n° 78, année 1904, p. 624.

WIRCHOW. — Arch. für pathologische anatomie, 1893.